



HAL
open science

Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville : apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste

Marianne Tennessel

► To cite this version:

Marianne Tennessel. Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville : apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2015. Français. NNT : 2015TOU20070 . tel-01344420

HAL Id: tel-01344420

<https://theses.hal.science/tel-01344420>

Submitted on 11 Jul 2016

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.

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE TOULOUSE

délivré par

L'Université de Toulouse Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Marianne Tennessel

le 23 Octobre 2015

Titre :

**THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES ET MEDECINE DE VILLE :
APPORT DES CONCEPTS ET TECHNIQUES T.C.C. POUR LE MEDECIN
GENERALISTE**

Ecole Doctorale CLESCO : Psychopathologie

Unité de recherche : Octogone CERPP

Directrices de Thèse :

Professeur Stacey Callahan

Professeur Amélie Rousseau

Jury :

Professeur CALLAHAN, Stacey

Professeur ROUSSEAU, Amélie

Docteur BOUDOUKHA, Abdel Halim

Professeur ROMO DESPREZ, Lucia

Université Toulouse II

Université Lille III

Université Nantes

Université Paris Nanterre

Co-directrice

Co-directrice

Rapporteur

Rapporteur

Remerciements

Aux membres du jury :

Professeur Stacey CALLAHAN

Merci d'avoir mis votre compétence et votre persévérance au service de l'enseignement des Thérapies Cognitives et Comportementales à l'Université de Toulouse II, et d'avoir soutenu l'évolution de tant d'étudiants en psychologie. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos obligations multiples et mes remerciements pour votre hospitalité sans faille et vos conseils éclairés.

Professeur Amélie ROUSSEAU

Vous avez accepté de co-diriger ce travail, et je ne vous remercierai jamais assez d'avoir guidé mes recherches et orienté mes questionnements pendant ces années, de m'avoir accueillie et permis de découvrir l'univers chaleureux de l'Université de Lille III. Grâce à vous et votre soutien sans faille, ce travail est devenu une belle découverte académique et humaine.

Docteur Abdel Halim BOUDOUKHA

Vous avez accepté avec beaucoup de gentillesse d'évaluer ce travail ; recevez mes remerciements sincères.

Professeur Lucia ROMO

Vous avez accepté avec beaucoup de gentillesse d'évaluer ce travail ; recevez mes remerciements sincères.

Aux membres du personnel de l'Université de Toulouse II et tout particulièrement à Mme Zajac, Mme Bertrand, M. Faure, Mme Faure, M. Dauphin : un grand merci pour votre efficacité, votre dévouement, vos bons conseils et votre disponibilité pour les étudiants, sans vous, de nombreuses situations difficiles seraient peut-être restées sans solution ;

Aux enseignants de l'Université de Toulouse II et tout particulièrement au Professeur H. Chabrol, au Professeur S. Vautier ainsi qu'à l'équipe des enseignants des TCC en M2 option psychopathologie et psychothérapies, pour votre passion d'enseigner et votre compétence ; au Professeur Bernadette Rogé :

Votre enthousiasme à enseigner, votre rigueur intellectuelle, la largeur de votre savoir et votre profonde humanité ont profondément marqué vos étudiants et consolidé de nombreuses vocations. Recevez ma sincère gratitude d'avoir accepté de présider ce jury.

À tous les enseignants et enseignantes du DU de TCC de la Faculté de Médecine de Toulouse III et particulièrement à Thomas Langlois : merci pour votre enthousiasme à partager vos connaissances théoriques et votre expérience clinique de cette approche complexe et passionnante ;

À mes maîtres de stage, notamment l'équipe soignante de l'ASM aux centres de Limoux, Lézignan et Narbonne et au Dr. De Lamérie, à l'équipe de la Maison Verte à Carcassonne, à l'équipe du Planning Familial de Lézignan, aux magistrats du TGI de Narbonne : merci de m'avoir permis de partager le quotidien de votre environnement professionnel et d'avoir accompagné mes débuts dans l'observation clinique, l'entretien clinique et la psychothérapie;

Au Dr. Peignard de l'Association pour la Médecine Comportementale (AMC) : merci d'avoir cru en ce travail et de l'avoir soutenu depuis le début ;

Au Professeur Ovide Fontaine, qui nous a malheureusement quitté récemment : merci d'avoir accepté de partager vos réflexions pertinentes concernant l'utilité de l'Analyse Fonctionnelle en médecine générale ;

Au Dr. Pierre Mesthé, médecin généraliste, membre du CNGE et enseignant à la Faculté de Médecine de l'Université Paul Sabatier, Toulouse, pour vos précieux renseignements concernant la place des troubles mentaux dans la formation médicale initiale, et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail ;

Au Dr. Gérard Régine, médecin généraliste, merci d'avoir accepté ce travail de relecture et merci pour tes remarques constructives et pleines d'humour pendant ces années de formation au D.U. de T.C.C. à Toulouse ;

Au Dr. Piirika Crépin, médecin psychiatre : merci pour ta bonne humeur contagieuse et tes précieux renseignements concernant la formation des médecins en Estonie ;

Aux médecins généralistes qui ont accepté de donner de leur temps et de leur réflexion en participant à l'enquête par questionnaire ou aux entretiens semi-directifs et tout particulièrement au Dr. Jean-Paul Olive, qui a contribué à la naissance de ce projet de thèse ; recevez l'expression de ma gratitude d'avoir partagé vos points de vue et d'avoir engagé le dialogue autour de cette thématique des TCC en médecine générale ;

À Frédérique Miquel pour ton aide immense dans la relecture et la «cosmétique» de ce travail ; reçois mes remerciements sincères, sans ton efficacité et ta rapidité de compréhension j'aurais stressé encore plus !

Aux enseignants, collègues et amis de ma précédente vie de Chirurgien Dentiste, notamment au Dr. A. Sarda, au Dr. M. Barthe et à Michèle, Véronique et Isabelle ;

À mes amis musiciens, à Pierre-Olivier, Rachel, Cédric, Sylvie, aux chanteurs de Via Lyrica et des West Side Gospel Singers ; à toute la sympathique équipe du groupe de théâtre de Léo ; à mes amis Cécile et Jérôme, Mireille, Louise et Nadia : merci pour votre soutien, votre gentillesse et les excellents moments passés ensemble ;

À ma famille et surtout à ma mère, pour ton soutien et ton sourire pendant ces années d'études ;

À mon cher ami et maintenant collègue Jean-Denis Reix, sans qui je ne serais probablement pas psychologue aujourd'hui ; merci d'avoir cru en moi, et d'avoir partagé ta passion des TCC et ton immense expérience clinique. J'espère que notre travail commun et nos échanges au quotidien n'en sont qu'à leurs débuts.

Je dédie ce travail à mon petit-fils et à ses parents, Laurent et ma fille Eliane : je vous aime, vivez heureux !

Titre : THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES
ET MEDECINE DE VILLE :
APPORT DES CONCEPTS ET TECHNIQUES T.C.C.
POUR LE MEDECIN GENERALISTE

Problématique : Les troubles mentaux ont une forte prévalence dans tous les pays et constituent environ un tiers des résultats de consultation en médecine générale de ville. En France, les médecins généralistes (MG) assurent la prise en charge de la plupart des psychopathologies. Selon la définition du Collège National des Généralistes Enseignants, le MG est particulièrement apte à assurer le suivi de ces patients. Différents facteurs viennent compliquer ces prises en charge - l'organisation de la formation médicale, le système de soins français, la faible fréquence des prises en charge en réseaux de soins, des difficultés de communication entre généralistes et professionnels de santé mentale - et contribuent à privilégier les traitements pharmacologiques au détriment des psychothérapies ou des traitements combinés.

Objectifs : Nous souhaitons connaître les pratiques, attitudes et attentes des MG français dans le domaine de la prise en charge des troubles mentaux et dans celui des thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C.), modalité de soins psychiques scientifiquement validée, efficaces dans de nombreux troubles mentaux mais encore peu répandue en France.

Méthode : Nous avons mené une étude- action auprès de MG français.

Résultats : Les résultats sont indicatifs de besoins de formation. Nous présentons les concepts théoriques et thérapeutiques cognitivo-comportementaux des principaux troubles mentaux qui pourraient avoir leur place dans la formation initiale et continue (FMI/FMC) des spécialistes en médecine générale.

Discussion : Présentation des limites du présent travail, et des éléments d'une FMC en T.C.C. par internet centrée sur le cadre des soins primaires.

Mots-clé : psychopathologies, soins primaires, psychothérapie cognitivo-comportementale, formation médicale.

Title: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY
AND PRIMARY CARE MEDECINE:
WHAT CBT CAN OFFER TO GENERAL PRACTITIONERS

Background: Mental health problems are prevalent in all countries and make up approximately one-third of consultations for general practitioners (GP) in large cities. In France, GPs provide service delivery to the majority of common psychopathological disorders. According to the National College of GP Educators, GPs are well suited to provide follow-up to these patients. Yet, many factors make this type of service delivery difficult: initial medical school training, the particularities of the French health system including a lack of networked service delivery, and poor communication between GPs and other health service providers, to name a few. These difficulties result in an over-usage of prescription psychotropic medications, and this to the detriment of other types of therapies.

Objectives: The objective of the current work is to better understand practices, attitudes and expectations of French GPs with regards to mental health treatment and the usage of CBT, an empirically validated approach to mental health problems that is still largely underutilized in France.

Method: A study was implemented with the participation of French GPs.

Results: The results show an overall need for better training of GPs. These results underline theoretical concepts in CBT and how they could provide a better foundation in both initial and continuing education of GPs, as well as how they could be integrated into the GP's daily practice.

Discussion: Limits of the work are presented along with a detailed inventory of CBT concepts that could be provided through an internet-based continuing education program for primary care doctors.

Key Words: psychopathology, primary care, cognitive-behavioral therapy, medical training.

Table des Matières

<u>INTRODUCTION</u>	page 11
<u>PARTIE 1 : Les Troubles psychiques en soins primaires :</u>	
<u>Etat des lieux</u>	14
1.1. Les troubles psychiques en soins primaires, situation à l'international, en Europe et en France	14
1.2. Les psychopathologies courantes : description selon la CIM 10 et le DSM IV TR	15
1.3. Prévalence et conséquences des troubles psychiques : une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé	25
1.3.1. populations et méthodes	
1.3.2. résultats généraux	
1.3.3. résultats pour la France et l'Europe	
1.4. Autres études sur la prévalence des psychopathologies	29
1.5. Aspects épidémiologiques et étio-pathogéniques des troubles psychiques	30
1.5.1. le sexe	
1.5.2. les comorbidités	
1.5.3. la comorbidité somato-psychique	
1.5.4. la comorbidité psychique	
1.5.5. le stress	
1.5.6. les événements de vie	
1.5.7. le contexte socio-économique	
1.6. Coûts induits directs et indirects des Troubles psychiques	35
1.7. Prise en charge des troubles psychiques	38
1.8. Motifs de consultation en soins primaires	41
1.9. Le <i>Treatment Gap</i> : L'Inadéquation entre besoins et offre de soins dans le domaine des troubles mentaux	43
1.10. Détection et traitement des troubles psychiques par le médecin généraliste	47
1.10.1. Identification des troubles mentaux en soins primaires	
1.10.2. Approches thérapeutiques des troubles mentaux en soins primaires	
1.11. Résultat de notre enquête menée en 2012/2013 auprès de médecins généralistes français	56
Conclusion	66

PARTIE 2 : Aspects de la prise en charge des psychopathologies en

<u>soins primaires : démarche diagnostique, thérapie, relation thérapeutique</u>	68
2.1. Historique de la prise en charge des troubles psychiques: de l'hospitalisation aux soins communautaires	68
2.2. Spécificités de l'exercice médical en soins primaires	72
2.3. Du modèle bio-médical au modèle bio-psycho-social : vers un concept multidimensionnel des troubles somatiques et psychiques	73
2.3.1. Aspects biologiques	76
2.3.2. Aspects psychologiques	77
2.3.2.1. Le système de peur	
2.3.2.2. Le système de récompense	
2.3.2.3. Le Stress : aspects psychologiques et physiologiques	
2.3.3. Aspects sociaux	90
2.4. Médecine factuelle (EBM) et prise en charge des troubles mentaux en soins primaires	93
2.4.1. EBM dans le domaine psychiatrique : évolution des modèles explicatifs et étio-pathogéniques des troubles mentaux	93
2.4.2. Principaux systèmes de description et de catégorisation scientifique des troubles mentaux	94
2.4.2.1. La CIM	
2.4.2.2. Le DSM	
2.4.3. Limites des systèmes de catégorisation des troubles mentaux	99
2.5. Traitement des troubles mentaux en soins primaires : pharmacothérapie, psychothérapie non-spécifique et psychothérapies spécifiques	101
2.5.1. Pharmacothérapie	101
2.5.2. Psychothérapie non-spécifique	102
2.5.3. Modèles psychothérapeutiques utilisés en soins primaires :	103
2.5.3.1. Hypnose Médicale et l'hypnothérapie	
2.5.3.2. Modèles médicaux comportant un aspect psychothérapeutique :	
• L'homéopathie	
• Le modèle de personnalité de type A selon Friedman et Rosenman	
2.5.3.3. Les psychothérapies dites humanistes	
2.5.3.4. La thérapie familiale systémique	
2.5.3.5. La psychanalyse et le modèle psycho-somatique	
2.5.3.6. La psychothérapie cognitivo-comportementale et la médecine comportementale.	
2.6. Situation actuelle de la Formation médicale initiale (FMI) et continue (FMC) aux troubles psychiques, à la relation thérapeutique et aux psychothérapies	111
2.6.1. En France	112
2.6.2. À l'étranger	116
2.7. Intégrer les TCC dans l'offre de soins primaires : retour d'expérience de 10 MG français	120
Conclusion	130

Partie 3 : Les Thérapies Cognitives et Comportementales et leur apport en soins primaires	131
3.1. Concepts théoriques et techniques thérapeutiques	131
3.1.1. Le modèle comportemental	132
3.1.2. L'Analyse Fonctionnelle comportementale	138
3.1.3. Techniques de psychothérapie comportementale	140
3.1.4. Le modèle cognitif	148
3.1.5. L'analyse fonctionnelle cognitivo-comportementale	153
3.1.6. Techniques de psychothérapie cognitive	154
3.1.7. Les approches émotionnelles	157
3.1.8. La relation thérapeutique et la communication médecin-patient	160
3.1.9. La coopération entre médecin généraliste (MG) et Professionnel de Santé Mentale (PSM)	164
3.2. Les troubles mentaux les plus courants en soins primaires : conceptualisation et pistes de prise en charge cognitivo-comportementale	164
3.2.1. Troubles de l'humeur :	166
3.2.1.1. Episode dépressif majeur	
3.2.1.2. Trouble bipolaire	
3.2.2. Troubles anxieux :	174
3.2.2.1. Attaques de panique	
3.2.2.2. Trouble panique avec ou sans Agoraphobie	
3.2.2.3. Trouble anxieux généralisé	
3.2.2.4. Anxiété sociale	
3.2.2.5. Phobies spécifiques	
3.2.2.6. Les phobies médicales, l'émétophobie, la dysmorphophobie	
3.2.2.7. Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	
3.2.2.8. L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT)	
3.2.3. La schizophrénie	202
3.2.4. Les troubles somatoformes	205
3.2.5. Le trouble douloureux	210
3.2.6. Les troubles du comportement alimentaire	214
3.2.6.1. L'anorexie mentale (anorexia nervosa)	
3.2.6.2. La boulimie	
3.2.7. Les troubles du sommeil	221
3.3. Apports cognitivo-comportementaux en soins primaires de quelques problèmes de santé somatique	232
3.3.1. L'Apport calorique excessif	233
3.3.2. L'Hypertension Artérielle (HTA)	235
3.3.3. L'Asthme	236
3.3.4. Le diabète de type 2	236
3.3.5. Les acouphènes	237
3.4. L'Enfant et l'Adolescent	238
3.5. Initiative française pour améliorer la prise en charge des troubles mentaux en soins primaires : Le référentiel professionnel du	

Collège National des Généralistes Enseignants (2009)	240
3.5.1. Vignettes cliniques illustrant l'apport des T.C.C. dans 4 situations cliniques du référentiel	242
3.6. Internet et nouvelles technologies de communication: perspectives pour la FMC en psychopathologie et en psychothérapies	257
3.7. Réalisation d'une action de Formation Médicale Continue par Internet : Le module de présentation des T.C.C. diffusé sur Univadis©	258

Partie 4 : Conclusion générale	265
---------------------------------------	------------

Bibliographie	269
----------------------	------------

Annexes

Annexe 1 : Résumé des catégories de psychopathologies figurant dans la CIM 10	294
Annexe 2 : Résumé des catégories de psychopathologies figurant dans le DSM IVTR	295
Annexe 3 : Lettre de présentation de l'enquête par questionnaire	296
Annexe 4 : Questionnaire d'enquête	297
Annexe 5 : Corpus des entretiens semi-directifs	299
Annexe 6 : Analyse thématique et fréquentielle des entretiens semi-directifs	308
Annexe 7: Référentiel Métier / Compétences du Médecin Généraliste, édité par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE, 2009)	314
Annexe 8 : PowerPoint accompagnant la vidéo de FMC en T.C.C. diffusée sur le site Univadis à partir de 5/2014	316

E. Kraepelin (1856-1926):

*«La pathologie résiste à l'observation
parce qu'on a trop tendance à interpréter ce qui est à voir,
au lieu de la décrire tout simplement.
Cette tendance est un motif d'erreur.»*

INTRODUCTION

Ce travail de thèse trouve son origine dans une observation de terrain : la collaboration étroite et la communication au quotidien entre un médecin généraliste libéral et un professionnel de santé mentale spécialisé en Thérapie cognitivo-comportementale.

Stagiaire en Master de psychologie clinique, option psychopathologies et psychothérapies, j'ai eu la chance pendant plusieurs mois d'assister aux échanges de ces deux professionnels de santé dans les différentes phases des prises en charge de patients de tous âges, présentant des difficultés psychiques de nature et de gravité variées : élaboration de l'hypothèse diagnostique psychopathologique, décision thérapeutique, psychothérapie Thérapie Cognitive Comportementale (T.C.C.), suivi et prévention de la récurrence. J'avais l'impression d'assister à un changement de paradigme par rapport au modèle bio-médical traditionnel : la dichotomie entre approche somatique et approche physiologique était totalement absente dans cette coopération, et un langage commun permettait aux deux professionnels d'échanger rapidement et efficacement leurs impressions cliniques.

L'objectif de cette thèse est d'étudier différents aspects de la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale libérale : l'élaboration d'une hypothèse diagnostique argumentée, la décision thérapeutique, le suivi et la prévention des rechutes et récurrences, la relation thérapeutique médecin – patient, ainsi que la communication entre médecin et professionnels de santé mentale. Nous tenterons de montrer l'intérêt, dans le cadre des soins

primaires, de l'approche cognitivo-comportementale qui est actuellement la stratégie psychothérapeutique ayant obtenu la meilleure validation scientifique.

Dans le contexte actuel où de nombreux Médecins Généralistes (MG) français éprouvent un sentiment d'abandon et de dévalorisation de leur spécialité ainsi qu'un manque de moyens pour leur filière universitaire, et dénoncent des mesures imposées sans concertation par les instances politiques (par exemple, la récente question sur la généralisation du tiers payant), j'ai souhaité apporter quelques éléments issus de l'importante recherche sur l'emploi des T.C.C. en soins primaires, afin de contribuer à augmenter la "lisibilité" des troubles mentaux courants, pour le médecin généraliste. Mon souhait serait de contribuer, dans une petite mesure, à faciliter le travail diagnostique et thérapeutique de ces praticiens sans qui le système de santé s'écroulerait.

Dans la première partie nous aborderons des notions générales concernant les troubles psychiques en soins primaires, leur prévalence, les difficultés de définition et de conceptualisation qu'ils posent dans différents contextes : épidémiologie, recherche clinique et fondamentale, situations de soins cliniques. Nous présenterons les résultats d'une étude internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale, et le rôle de certains aspects épidémiologiques et étio-pathogéniques comme le sexe, les comorbidités, le stress, les événements de vie, les facteurs socio-économiques. Nous présenterons les coûts directs et indirects engendrés par les troubles psychiques courants, et des données internationales et françaises concernant leur prise en charge en soins primaires : la différence entre motif de consultation et résultat de consultation en médecine générale, ainsi que le *treatment gap*. Nous présenterons les résultats d'une enquête par questionnaire que nous avons menée auprès de médecins généralistes français en 2012 et 2013, concernant leurs habitudes de prise en charge des troubles psychiques.

Dans la deuxième partie, nous proposerons d'abord un aperçu de l'évolution de la prise en charge des troubles psychiques en Europe et notamment en France de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle à nos jours, puis des spécificités de l'exercice en soins primaires qui illustrent le rôle essentiel que le médecin généraliste joue dans la prise en charge des troubles mentaux. Nous présenterons ensuite le modèle bio-psycho-social et son intérêt aussi bien dans les troubles psychiques que dans les pathologies somatiques, permettant une analyse

individualisée et globale du cas clinique.

Nous évoquerons ensuite l'approche médicale factuelle, ou médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine*) dans la prise en charge des psychopathologies et les deux principaux systèmes de classification des troubles mentaux, la Classification Internationale des Maladies (CIM) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM).

Nous ne nous référerons qu'au DSM IV TR et non au DSM V, publié en 2013 et disponible en français depuis quelques mois seulement et pour lequel il n'existe pas encore de recul clinique. Par ailleurs, le DSM V ne reprend pas le système multiaxial du DSM IV TR, qui permet l'intégration de données bio-psycho-sociales.

Nous aborderons enfin les différents traitements des troubles mentaux utilisés par les médecins généralistes – pharmacothérapie, psychothérapie non-spécifique, approches psychothérapeutiques spécifiques – et quelques données concernant la formation médicale initiale et continue en psychopathologie/psychothérapie, et présenterons les résultats d'une enquête par entretien semi-directifs auprès de 10 MG français ayant intégré la coopération avec un Praticien de Santé Mentale (PSM) spécialisé en T.C.C. dans leur pratique clinique au quotidien.

La troisième partie présentera tout d'abord le développement des concepts sur lesquels se fonde la psychothérapie cognitivo-comportementale et détaillera les principales stratégies thérapeutiques. Ensuite seront présentés les principaux troubles psychiques, des éléments d'étiopathogénèse selon le modèle bio-psycho-social et les principales modalités de T.C.C.

Les spécificités des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent et la place des T.C.C. dans ces prises en charge seront brièvement évoqués dans le chapitre suivant.

Ensuite nous aborderons la médecine comportementale et l'approche cognitivo-comportementale de quelques maladies somatiques.

Pour finir, nous évoquerons les apports des nouvelles technologies de communication dans la Formation médicale continue. Nous présenterons un module de Formation Médicale Continue (FMC) en T.C.C. que nous avons mis au point, destiné aux médecins et diffusé depuis Mai 2014 sur un site internet dédié à la FMC (Univadis®).

La quatrième et dernière partie sera consacrée aux limites du présent travail et aux perspectives de FMC en T.C.C. destinées à faciliter la prise en charge des troubles mentaux en soins primaires.

PARTIE 1 Les Troubles psychiques en soins primaires : État des lieux

1.1. Les troubles psychiques en soins primaires, à l'International, en Europe et en France

Une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé publiée en 2003 (OMS, 2003) indique que le nombre de personnes souffrant d'un trouble mental ou d'un trouble du comportement s'élève à 450 Millions dans le monde. Pourtant ce n'est que depuis 4 ou 5 décennies, qu'on assiste à un intérêt grandissant de la communauté internationale pour les troubles mentaux et leurs répercussions multiples et souvent sévères sur les personnes atteintes et sur leur entourage. Le rôle des troubles psychiques dans la charge globale de morbidité et de mortalité est, de même, davantage pris en compte. Depuis les années 1960 des études souvent anglo-saxonnes, dont certaines d'envergure internationale, d'autres concentrées sur des secteurs géographiques limités, ont mis en relief la forte prévalence des troubles psychiques dans tous les pays et tous les contextes géographiques et socio-économiques, ainsi que l'impact important que les troubles mentaux peuvent avoir sur la santé globale des patients, sur leur environnement familial, leurs performances professionnelles.

La prévalence à vie, chez l'adulte, des troubles psychiques les plus courants – troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, abus ou utilisation problématique de substances, troubles du sommeil, troubles du comportement hétéro et autoagressifs, des troubles obsessionnels-compulsifs – varie entre 12,2 et 48,6%, et la prévalence à 12 mois varie entre 8,4 et 29,1%, en fonction des troubles (OMS, 2004).

Parallèlement à la prise de conscience de l'importante prévalence des troubles psychiques en population générale, apparaît également le rôle central des médecins généralistes dans la détection, la prise en charge et le suivi des pathologies mentales. Le rôle-clé des médecins généralistes dans le domaine de la santé somatique était déjà une évidence – sept personnes sur dix confrontées à un problème de santé, quel qu'il soit, s'adressent en premier recours à un médecin généraliste (Alby & Gallais, 2002). À partir des années 1960, des études européennes, notamment britanniques, attirent l'attention sur le fait que les

médecins généralistes libéraux se trouvent également en première ligne des prises en charge de troubles psychiques (Dilling, Weyerer & Castell, 1984 ; Mezzich, 1994 ; Shepherd et al., 1966) et non, comme on aurait pu croire, les psychiatres, psychologues et autres Professionnels de Santé Mentale (PSM). Toutes les études montrent que la prise en charge de ces troubles est assurée dans la très grande majorité par les médecins généralistes, et qu'environ 70% des prescriptions de médicaments psychotropes sont établies par un médecin généraliste (DiTomasso, Golden & Morris, 2010). La population des personnes consultant en soins primaires constitue ainsi aujourd'hui l'une des sources d'information les plus importantes pour la recherche épidémiologique en psychopathologie.

1.2. Les psychopathologies courantes : description selon la CIM 10 et le DSM IV TR

La recherche épidémiologique en santé mentale, au même titre que dans les autres spécialités médicales, nécessite des concepts nosographiques suffisamment consensuels et précis pour permettre une communication et un échange fluide et fiable entre chercheurs et praticiens, à l'international. Le développement de stratégies d'évaluation multi-dimensionnelle prenant en compte la globalité de la personne selon un modèle bio-psycho-social et la classification des troubles mentaux ont facilité l'application des principes de santé publique dans le domaine de la santé mentale :

- Définition des symptômes et signes avec un maximum de précision pour permettre une application plus uniforme à travers les différents pays ;
- Recueil méthodique d'informations détaillées selon des méthodes cliniques analogues à celles utilisées pour les troubles physiques, auprès de l'intéressé et d'autres personnes, y compris sa famille ;
- Examen clinique systématique de l'état mental et, au besoin, tests et investigations spécialisés ;
- Critères diagnostiques normalisés au niveau international.

Dans le domaine de la psychopathologie, la classification repose sur l'approche descriptive, dite "athéorique" des tableaux cliniques psychopathologiques, représentée par les deux classifications des troubles mentaux actuellement les plus utilisés que sont la CIM (en anglais *International Classification of Diseases* ou ICD, actuellement dans sa 10^e version) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (en anglais *Diagnostic and*

Statistic Manual of Mental Disorders ou DSM, dont la 5^e version vient d'être publiée en France). Les différents troubles y sont décrits et catégorisés non pas en fonction d'une étiopathogénie supposée, mais en tant qu'entités caractérisées par la présence d'un certain nombre de signes et symptômes.

De nombreuses controverses théoriques et des difficultés pratiques demeurent, car les troubles psychiques sont des entités cliniques complexes, ayant des limites souvent floues avec la normalité (la notion de continuum normal-pathologique), par ailleurs, de nombreux symptômes sont partagés par des psychopathologies différentes (Cloninger, 2002 ; Maj, 2005). Si certains auteurs contemporains (Wittchen, Essau, von Zerssen, Krieg & Zausig, cité dans OMS, 2001) estiment qu'on peut désormais diagnostiquer les troubles mentaux avec un degré de certitude et de précision comparable à la plupart des troubles somatiques courants, avec une concordance des diagnostics de deux experts se situant en moyenne entre 0,7 et 0,9, c'est à dire le même ordre de grandeur que pour des troubles physiques comme le diabète, l'hypertension ou les coronaropathies , pour d'autres, au contraire, « la définition précise d'un trouble mental pourrait en fait constituer une question apparemment insoluble » (Ustün & Sartorius, 1995).

Si ces deux positions représentent peut-être des extrêmes, nous allons dans ce travail suivre le point de vue de MacHorney, Ware et Raczek (2010) et de Vautier (2015), consistant à dire qu'il faut rester constamment vigilant à ne pas considérer les scores obtenus par un patient à un instrument d'évaluation psychotechnique - questionnaires, tests, échelles – comme représentant des faits objectifs au même titre que la température, la glycémie ou une numération globulaire ; néanmoins, les définitions et catégorisations des composantes physiques et mentales de l'état de santé, tels qu'ils sont répertoriés dans ces manuels, disposent d'un consensus suffisamment large et de preuves empiriques suffisamment fiables pour permettre une recherche épidémiologique et clinique de qualité.

La CIM et le DSM servent depuis les années 1950-1960 de repère commun à la majorité des études épidémiologiques et cliniques internationales. La CIM est un système catégoriel classant la totalité des affections, somatiques, psychiques et mixtes. Le chapitre V de la CIM 10 est consacré aux critères diagnostiques de recherche des troubles mentaux et du comportement, il nomme les troubles et décrit les symptômes. Malgré des différences au niveau des critères diagnostiques (durée des symptômes, ou présence d'un symptôme en particulier dans le tableau clinique pour pouvoir poser un diagnostic) ils permettent d'appréhender les troubles mentaux avec suffisamment de précision pour une recherche

clinique et épidémiologique de qualité. Dans la pratique clinique des PSM, c'est le DSM qui est utilisé, alors que la recherche épidémiologique repose sur la CIM.

Nous proposons de présenter un aperçu très succinct des troubles mentaux les plus courants selon les critères diagnostiques du DSM et de la CIM, afin d'illustrer le chapitre consacré à l'étude de OMS présentée par la suite (voir aussi Annexe 1 et 2).

Les Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur se caractérisent par des présentations cliniques variables, ils sont décrits selon :

- la nature des épisodes thymiques : Épisode Dépressif Majeur (EDM), épisode maniaque ou hypomaniaque, épisode mixte
- leur évolution dans le temps : chronicité, récupération entre les épisodes, avec répétition et/ou alternance entre ces épisodes : trouble dépressif majeur, trouble bipolaire de type 1 ou 2, trouble dysthymique
- les circonstances d'apparition (dépression post-partum, dépression liée à un deuil pathologique)
- des caractéristiques particulières (présence d'éléments délirants, mélancoliques, catatonie)
- leur intensité (intensité légère, moyenne, sévère)

- La dépression unipolaire caractérisée (EDM), comporte au moins 5 symptômes parmi les suivants, persistant pendant au moins 2 semaines et présents la plupart du temps : humeur triste, diminution marquée de plaisir et d'intérêt, variations importantes du sommeil et/ou du poids et/ou du comportement psychomoteur, sensation de fatigue et de perte d'énergie, sentiment excessif de culpabilité ou de dévalorisation, idéation suicidaire, difficultés de concentration, de mémoire, de prise de décision.

- Le trouble dysthymique se caractérise par une humeur triste ou dépressive, qui peut être de l'irritabilité chez l'enfant et l'adolescent, présente la plupart du temps avec des fluctuations légères et qui persiste depuis longtemps. Il s'accompagne de modifications de l'appétit et/ou du sommeil, d'une baisse de tonus et de l'estime de soi, des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions, et d'un sentiment de perte d'espoir.

- Trouble bipolaire : anciennement nommé psychose maniaco-dépressive, le trouble bipolaire se caractérise par une alternance plus ou moins rapide entre des phases dépressives, dont les symptômes correspondent à l'EDM, et des phases hypomaniaques ou maniaques, dont les symptômes sont une humeur anormalement élevée, un engagement dans

des activités à risque, une fuite idéatoire, une diminution du besoin de sommeil, souvent un sentiment d'invulnérabilité.

Les Troubles anxieux

Actuellement, l'anxiété est généralement abordée aussi bien sous l'aspect dimensionnel (variant d'une anxiété normale, qui est un phénomène indissociable de la vie humaine, à une anxiété pathologique, excessive dans son intensité et durable dans le temps et qui a des répercussions négatives importantes sur le fonctionnement de l'individu) que sous l'aspect catégoriel, qui définit différents types de troubles anxieux, en fonction des circonstances d'apparition et du mode d'expression subjectif.

Les Attaques de panique et le trouble panique avec ou sans Agoraphobie

L'une des manifestations de la réaction anxieuse excessive est l'attaque de panique (AP). L'AP est un épisode discret d'anxiété soudaine – elle atteint un pic d'intensité en moins de 10 minutes – et très intense qui se caractérise par l'apparition de symptômes somatiques et cognitifs dont au moins 4 doivent être présents pour poser le diagnostic :

- Palpitation ou tachycardie
- Transpiration
- Tremblements ou secousses musculaires
- Dyspnée ou sensation d'essoufflement
- Sensation d'étouffement ou de suffocation
- Douleur ou gêne thoracique
- Nausées ou gênes abdominales
- Étourdissement ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir
- Dépersonnalisation (sentiment d'être détaché de soi) ou déréalisation (sentiments d'irréalité, impression que l'environnement est devenu étrange)
- Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou
- Peur de mourir
- Paresthésies
- Bouffées de chaleur ou frissons

Tout comme les autres formes d'anxiété, elle peut être une manifestation normale de la réponse de combat ou fuite. Il arrive aussi qu'elle survienne en l'absence de menaces ou de

dangers réels ou qu'elle devienne disproportionnée par son intensité. Dans ces cas, l'AP peut s'inscrire dans le cadre d'un trouble mental, dont le plus fréquent est le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP/A).

Le passage d'une ou plusieurs Attaques de Panique isolées vers le Trouble panique est progressif : alors que la ou les premières attaques apparaissent de manière imprévisible, elles se répètent ensuite de manière récurrente avec mise en place chez le patient d'anticipations anxieuses et d'évitements comportementaux visant à limiter le risque de survenue d'une nouvelle AP.

L'agoraphobie

Elle se caractérise par la présence d'une anxiété excessive à l'idée de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'AP. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture. Les situations sont soit évitées (p.ex., restriction des voyages), soit subies avec une souffrance intense ou avec la crainte d'avoir une attaque de panique et alors elles nécessitent la présence d'un accompagnant (objet/personne contre-phobique).

Les Phobies spécifiques

Les phobies se caractérisent par une peur excessive, cliniquement significative et persistante face à des stimuli qui ne comportent pas en eux-mêmes une menace ou un danger objectifs. Elles s'accompagnent de réactions physiologiques et comportementales marquées, avec généralement des conduites d'anticipation anxieuse et d'évitement. Les phobies constituent un trouble mental si elles entravent le développement et interfèrent de façon significative avec le fonctionnement de la personne.

La Phobie sociale

Il s'agit d'une anxiété excessive provoquée par des situations de performance, ou certaines situations sociales où la personne est amenée à agir (prendre la parole, se déplacer, manger ou boire, écrire...) sous l'observation d'autrui et où elle craint être jugée négativement ou humiliée. La phobie sociale conduit habituellement à des comportements d'évitement qui peuvent constituer un handicap sérieux dans la vie relationnelle et/ou professionnelle.

Le Trouble anxieux généralisé

Il se caractérise par une anxiété persistante et des soucis et des inquiétudes excessifs ou irréalistes, survenant la plupart du temps et de façon prolongée dans le temps (depuis au moins six mois).

Le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC)

Il est caractérisé par la présence d'obsessions qui sont des pensées, images ou impulsions récurrentes involontaires, jugées inacceptables et donc angoissantes pour la personne, et de comportements récurrents sous la forme de rituels moteurs ou mentaux, que la personne se sent incapable de stopper et qui servent à neutraliser momentanément l'anxiété provoquée par les obsessions. Certains comportements excessifs comme certains types d'activité sexuelles, le jeu, les achats, l'abus de substances ont été appelés « compulsifs », mais ne sont pas des compulsions dans le sens décrit ici, car ils s'inscrivent généralement dans une recherche de plaisir ce qui n'est pas le cas dans le TOC.

Les Troubles du comportement alimentaire

- L'Anorexie mentale se caractérise par un refus de la personne à maintenir un poids corporel stable à une valeur minimale normale (fixée à un IMC de 17,5 kg/m² dans la CIM 10).

- La Boulimie consiste en des épisodes de suralimentation survenant sous forme de crises que la personne a l'impression de ne pas pouvoir contrôler, suivies le plus souvent par des comportements inadaptés (vomissements provoqués, prise de diurétiques ou de laxatifs, jeûne, activité physique excessive) destinés à compenser l'excès alimentaire.

Les deux troubles se trouvent fréquemment associés, avec une alternance de périodes anorexiques et boulimiques.

Les Abus de substances

C'est l'utilisation répétée inappropriée de substances avec ou sans dépendance physique (alcool, médicaments, drogues illicites...), révélée par les conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à cette utilisation. Ces conséquences peuvent mettre la personne dans l'incapacité de remplir ses obligations (familiales, professionnelles, scolaires), l'amener à consommer dans des circonstances dangereuses, ou en dépit de l'aggravation de

problèmes juridiques ou relationnels.

Les Troubles somatoformes

Ils sont caractérisés par la présence de symptômes évocateurs d'une pathologie somatique, mais qui ne sont pas totalement expliqués ni par une maladie somatique, ni par un autre trouble mental. Ils ne sont pas volontaires et occasionnent une souffrance ou une gêne significative dans le fonctionnement social, professionnel, etc... de la personne.

- Le trouble somatisation (anciennement appelé hystérie, ou syndrome de Briquet), survenant avant l'âge de 30 ans et persistant plusieurs années, comportant une association de symptômes douloureux, gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques

- Le trouble de conversion, où des déficits moteurs ou sensoriels inexplicables suggèrent un trouble neurologique ou somatique mais où une participation psychologique aux symptômes est à envisager.

- Le trouble douloureux où la douleur est au centre du tableau clinique et où des facteurs psychologiques jouent un rôle essentiel dans le déclenchement, l'intensité, la persistance ou l'aggravation des douleurs.

- La neurasthénie qui se caractérise par un état subjectif durable de fatigue et de faiblesse, persistant depuis 2 ans (CIM10) ou 6 mois (DSM IV TR).

- L'Hypochondrie caractérisée par une préoccupation excessive centrée sur la crainte d'être atteint d'une maladie grave, à partir d'interprétations erronées des sensations liées au fonctionnement normal de l'organisme.

- Le trouble dysmorphophobique qui se caractérise par une préoccupation excessive concernant un défaut soit imaginaire soit très exagéré et amplifié de l'apparence physique.

Dans la CIM-10, les directives pour le diagnostic de la somatisation reposent sur les éléments suivants :

- a. des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable,

- b. un refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique,

- c. une perturbation du comportement et une altération du fonctionnement social et familial.

Les Troubles sexuels

Ils comprennent

- les dysfonctions sexuelles, caractérisées par une perturbation du désir sexuel et des modifications psychophysiologiques qui modifient négativement la réponse à une stimulation sexuelle, entraînant une souffrance significative et des difficultés interpersonnelles (troubles de l'érection, éjaculation précoce, vaginisme, anorgasmie etc)
- les paraphilies
- les troubles de l'identité sexuelle qui entraînent une identification forte et durable avec l'autre sexe, et un inconfort significatif concernant le sexe déclaré.

La Schizophrénie et autres troubles psychotiques

Les troubles psychotiques comprennent des tableaux cliniques très divers, et leur classification évolue avec les progrès de la recherche. Dans le DSM IV et la CIM 10, ils partagent la présence d'éléments psychotiques comme symptômes cliniques marquants, notamment des troubles cognitifs spécifiques et la présence de délires et d'hallucinations (auditives, visuelles, kinesthésiques) avec une difficulté ou impossibilité à remettre en question le caractère de réalité du délire. Le trouble entraîne une altération significative du fonctionnement global dans le domaine social, familial, professionnel et personnel.

- La schizophrénie débute généralement à la fin de l'adolescence ou au jeune âge adulte, elle a un caractère chronique – d'une durée d'au moins 6 mois pour pouvoir poser le diagnostic – et se caractérise par l'apparition de symptômes négatifs (repli social, difficultés mnésiques et de concentration, anhédonie, désorganisation du comportement et de la pensée) et éventuellement positifs (délires, hallucinations, passages à l'acte). Le développement d'un délire hallucinatoire marqué entraîne des dégâts neurophysiologiques importants et partiellement irréversibles, ce qui rend le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse précoces très importants.
 - Le trouble schizophréniforme qui constitue une forme diminuée –durée 1 à 6 mois, impact moindre sur le fonctionnement global de la personne.
 - Le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et la bouffée délirante constituent des épisodes délirants brefs, entre 1 jour et 1 mois, qui peuvent rester des événements uniques sans augurer d'une évolution chronique.
 - Un trouble délirant peut être induit par une maladie somatique, ou une substance comme un médicament, une drogue, l'exposition à un toxique.

Le Trouble Dissociatif

Caractérisé par une perturbation de certaines fonctions cognitives comme la mémoire, la perception de l'environnement, le sens de l'identité subjective, qui sont habituellement intégrés et fonctionnent de façon coordonnées pour assurer la stabilité de la conscience de soi. Cette perturbation peut apparaître brusquement ou de façon progressive, elle peut être transitoire ou évoluer sur un mode chronique. Des épisodes dissociatifs peuvent s'inscrire dans de nombreux contextes, pathologiques (Etat de stress aigu, Syndrome de stress post-traumatique, trouble somatisation) ou non (états de transe religieuse ou culturelle). Ce trouble revêt des formes variables, qui vont d'un vécu passager de dépersonnalisation ou de déréalisation très fréquent dans les troubles anxieux et notamment dans les attaques de panique, dans l'EDM, et dans certains troubles de la personnalité, aux perturbations graves et durables du sens de l'identité dans la schizophrénie, ou lors des épisodes maniaques du trouble bipolaire.

Les Troubles Cognitifs (délirium, démences, troubles amnésiques)

Les troubles cognitifs figurant dans le DSM IV TR ont soit une origine organique – même si la pathologie n'est pas encore identifiée – soit sont dus à une substance, ou à une combinaison de ces deux facteurs. Ils ont en commun une détérioration significative des fonctions cognitives (attention, mémoire, raisonnement logique, langage, fonctions exécutives, activités motrices volontaires...) par rapport au fonctionnement antérieur de la personne.

Les Troubles mentaux et les modifications de la personnalité dus à une maladie générale ou à une substance

Il s'agit de troubles transitoires ou chroniques affectant la mémoire ou d'autres fonctions cognitives ou entraînant des changements importants dans le comportement et le mode relationnel de la personne, s'inscrivant soit dans l'évolution d'une pathologie somatique ou faisant suite à un traumatisme, notamment crânien, ou un acte chirurgical, soit dans les actions d'une substance (médicament, toxique, drogue).

Les Troubles de la personnalité

Il s'agit de traits de personnalité s'exprimant de façon excessive et durable dans le temps, altérant les conduites et le vécu subjectif dans le sens d'une rigidité et d'un manque d'adaptabilité aux circonstances qui se manifestent dans différents domaines : cognitions,

affectivité, relations sociales, contrôle des impulsions. Les troubles de la personnalité débutent en fin d'adolescence et au jeune âge d'adulte et sont source de souffrance subjective et/ou de difficultés interpersonnelles. Le DSM IV TR propose de différencier trois groupes :

- Le groupe A comporte des personnalités pouvant paraître bizarres et excentriques : la personnalité paranoïaque, caractérisée par une méfiance envahissante et une tendance à interpréter les actions d'autrui comme potentiellement malveillantes ; la personnalité schizoïde caractérisée par un détachement des relations sociales, une expressivité émotionnelle réduite et une préférence pour la solitude ; la personnalité schizotypique caractérisée par des distorsions cognitives et parfois perceptuelles, une gêne importante dans les situations sociales, et des comportements à tendance excentrique.

- Le groupe B inclut des personnalités pouvant paraître capricieuses, au comportement théâtral et hyperémotives : la personnalité antisociale caractérisée par un mépris et une transgression des règles, et un non-respect des droits d'autrui ; la personnalité borderline caractérisée par une impulsivité émotionnelle et comportementale, une instabilité sur le plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ; la personnalité histrionique caractérisée par une quête d'attention, fréquemment à travers l'image qu'elle donne ou à travers des plaintes somatiques, et par une expression émotionnelle excessive ; la personnalité narcissique caractérisée par un manque d'empathie, un égocentrisme et un besoin d'être admirée et obéie, des idées et des comportements de grandeur.

- Le groupe C inclut les personnalités au comportement inhibé, effacé, paraissant anxieuses et inquiètes : la personnalité évitante caractérisée par une inhibition marquée dans les situations sociales, le sentiment de ne pas être à la hauteur, et la crainte d'être jugée négativement par autrui ; la personnalité dépendante caractérisée par un comportement soumis et une recherche constante de proximité qui se fonde dans le sentiment d'être incompetent à prendre soin de soi-même, et d'avoir besoin de l'aide d'autrui ; la personnalité obsessionnelle-compulsive qui se caractérise par des préoccupations concernant l'ordre, la ponctualité, le respect des règles, la perfection et le contrôle.

Les Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance ou l'adolescence

- Retard mental : Il se caractérise par un fonctionnement intellectuel global significativement en-dessous de la norme (QI inférieur ou égal à 70), à début précoce, entraînant des déficits et des difficultés de fonctionnement et d'adaptation importants.

- Troubles envahissants du développement : Ils se caractérisent par des altérations importantes touchant plusieurs domaines du développement normal de l'enfant,

entraînant des perturbations au niveau des interactions sociales réciproques, de la communication verbale et non-verbale, et des activités et centres d'intérêt stéréotypés. Les TED incluent le trouble autistique, le syndrome d'Asperger et le syndrome de Rett.

- Troubles spécifiques des apprentissages (les troubles appelés « dys ») : Il s'agit de difficultés significatives au niveau de l'un ou l'autre des apprentissages scolaires, ou plus rarement de plusieurs domaines à la fois : lecture, graphisme, calcul, orthographe. Le fonctionnement scolaire est significativement diminué par rapport à ce qui serait attendu chez un enfant d'âge et de QI équivalent.

- Troubles de l'attention avec ou sans hypermotricité : Ils se caractérisent par des déficits attentionnels touchant différents domaines de l'attention visuelle et/ou auditive, avec une tendance à l'impulsivité cognitive, associés ou non à une tendance à l'hypermotricité avec impulsivité comportementale.

- Troubles de la communication, du comportement alimentaire, du contrôle sphinctérien

- Les Troubles « tics » se caractérisent par la présence de mouvements involontaires répétitifs, des tics vocaux ou moteurs survenant à l'improviste et en dehors du contrôle conscient, tel qu'ils sont présent notamment dans le Syndrome Gilles de la Tourette.

- Le DSM IV TR regroupe sous « autres troubles de l'enfance » des troubles divers et notamment de type anxieux dont l'expression clinique est spécifique à l'enfance : le trouble anxiété de séparation qui se traduit par des difficultés à quitter temporairement le domicile ou les personnes auxquelles l'enfant est attaché, difficultés qui sont excessives, par rapport à l'âge de l'enfant ; le trouble réactionnel de l'attachement, résultant d'une carence de soins et se manifestant par des perturbations graves et durables de la capacité à établir et maintenir des relations sociales ; le mutisme sélectif qui se traduit par une incapacité durable à s'exprimer oralement dans certains contextes (notamment à l'école), alors que l'enfant parle normalement dans d'autres contextes (notamment à la maison ou en compagnie de personnes familières).

1.3. Prévalence et conséquences des troubles psychiques : une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé

Les états membres de l'OMS ont organisé une étude de grande envergure dont les résultats ont été publiés en 1995 (OMS, 1995) et dont l'objectif était de mieux connaître d'une

part la prévalence et les conséquences des troubles psychiques chez les personnes consultant un médecin généraliste dans des contextes économiques et socio-culturels différents et, d'autre part, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques utilisées par les médecins généralistes recevant en consultation ces personnes avec troubles psychiques. Pour certains des pays participants, cette étude multicentrique internationale était la toute première étude épidémiologique consacrée aux troubles psychiques en soins primaires. Elle utilisait un cadre méthodologique dit à "indicateurs multiples" ou MICS permettant aux pays en voie de développement et ne disposant pas encore d'indicateurs épidémiologiques fiables, de produire des estimations statistiquement valables dans le domaine de la santé et de l'éducation (Sullivan & Feldman, 1979) afin d'améliorer la comparabilité entre centres dans des environnements socio-culturels très différents (OMS 1995, p.28). Elle incluait 15 centres de soins primaires, comprenant chacun plusieurs dizaines de cabinets médicaux, dans 14 pays, dont 5 pays européens (Allemagne, Royaume Uni, Grèce, France, Italie et Pays Bas).

Population et Méthodes

Dans chaque cabinet médical des 15 centres de soins primaires participant à l'étude, l'état de santé psychique de 1500 patients consécutifs adultes (entre 18 et 65 ans) était évalué.

L'étude portait sur les troubles suivants selon les critères nosographiques de la CIM 10 :

- Troubles Somatoformes (Douleurs, Somatisations, Trouble Hypochondriaque, Neurasthénie),
- Troubles Anxieux (Trouble Anxieux Généralisé, Trouble Panique, Agoraphobie),
- Troubles de l'Humeur (Dépression, Trouble Dysthymique, Episodes Dépressifs récurrents, Trouble mixte Anxio-Dépressif),
- Usage Problématique d'Alcool, l'usage Problématique de Substances Illicites.

N'étaient considérés que les troubles récents, présents durant le mois passé avant l'évaluation ; les Troubles Psychotiques et le Trouble Obsessionnel-Compulsif étaient exclus de l'étude.

La santé psychique des patients a été évaluée par 3 méthodes:

1. Le Research Interview CIDI 10, version soins primaires (Composite International Diagnostic Interview, OMS 1990). La CIDI est un entretien directif de recherche standardisé sous forme d'un hétéro-questionnaire rempli par un enquêteur ayant suivi un entraînement spécifique. Cet instrument psychotechnique a été conçu par l'OMS pour évaluer les troubles psychiques les plus courants selon les critères de la CIM et du DSM III R dans des

environnements socio-culturels très divers. (Sartorius & Janca, 1996). Instrument destiné initialement à la recherche épidémiologique, ses propriétés statistiques comme sa sensibilité statistique permettent une bonne différenciation entre patients asymptomatiques, ceux présentant quelques symptômes ou un tableau sub-syndromique, et ceux remplissant les critères d'un trouble psychique identifié et en font également un instrument privilégié dans la recherche clinique (Wittchen, 1994).

2. Un questionnaire auto-administré rempli par le patient : le General Health Questionnaire GHQ-12 (Goldberg & William, 1988) qui est un instrument psychotechnique standardisé destiné à détecter les personnes présentant un trouble psychique caractérisé diagnostiquable en consultation clinique. D'autres questionnaires concernaient des aspects de la consultation : l'auto-appréciation par le patient de son état de santé somatique et psychique ; la dépendance aux substances, notamment à l'alcool ; le parcours de soins effectué pour accéder au médecin généraliste etc.

3. Le diagnostic clinique effectué par le MG.

Résultats généraux de l'étude OMS 1995

Tableau 1: Prévalence à l'international des troubles psychiques rencontrés en soins primaires selon la CIM 10 (Source : OMS, 1995)

	En pourcentage
Episode dépressif majeur (EDM)	10,4
Trouble anxieux généralisé (TAG)	7,9
Neurasthénie	5,4
Usage problématique d'alcool	3,3
Addiction à l'alcool	2,7
Troubles somatiformes, somatisations	2,7
Dysthymie	2,1
Trouble Panique	1,1
Trouble Hypochondriaque	0,8
Agoraphobie avec attaques de panique	1
Agoraphobie sans attaques de panique	0,5
Présence de Trouble psychique selon ICM	24
Présence de deux Troubles psychiques, ou plus	9,5

L'étude mettait en évidence une forte prévalence des troubles psychiques sur le plan mondial : seulement 36 % des patients consultant un MG étaient considérés comme "bien

portants” sur le plan psychique, ne présentant pas de symptômes cliniquement significatifs d'une psychopathologie clairement identifiée. 31% présentaient quelques symptômes, et 9% des patients se trouvaient à la limite du seuil pathologique pour un ou plusieurs trouble(s) psychique(s). 24% des consultants remplissaient les critères de la CIM-10 d'un ou plusieurs troubles psychiques.

Sur le plan mondial, les troubles mentaux les plus fréquents étaient les Episodes Dépressifs Majeurs (EDM), suivis par les troubles anxieux et notamment le TAG, et en 3ème position les addictions, notamment à l'alcool.

Les comorbidités de différents troubles mentaux sont fréquentes, et presque 50% des patients présentant un trouble psychique caractérisé souffrent d'un autre trouble psychique appartenant à un *cluster* différent.

Résultats spécifiques pour la France et l'Europe

Dans le centre parisien, la prévalence globale des troubles psychiques était de 31% (27,2 % chez les hommes ; 35,7% chez les femmes) plaçant la France en première place des pays européens devant l'Angleterre, les Pays Bas et l'Allemagne, la Grèce et l'Italie concernant le nombre de citoyens présentant un trouble psychique caractérisé.

- La prévalence des Episodes Dépressifs Majeurs (EDM) en France était de 13,7%, confirmant la valeur trouvée par d'autres études (Lecrubier, 1990), valeur supérieure à la moyenne européenne, situant la France à la 5ème place des pays les plus touchés.

- La prévalence du TAG était de 11,9%, la France occupant la 4ème place sur le plan européen, derrière la Grèce et devant l'Allemagne.

- Une neurasthénie était présente chez 9,3% des consultants français. L'usage problématique d'alcool et la dépendance alcoolique réunies concernaient 9,3% des consultants

- L'agoraphobie, le trouble panique et les troubles somatoformes concernaient chacun environ 2% des patients.

- Globalement, en France le sexe n'était pas corrélé au risque global de présenter un trouble psychique quel qu'il soit, mais concernant l'EDM, le sex ratio est de 2,25 : en France, les femmes présentent environ deux fois plus souvent un EDM que les hommes.

- En France, le niveau éducationnel et la mauvaise santé physique sont corrélées de façon statistiquement significative à la santé psychique.

On constate donc une très forte prévalence de l'EDM en France. Il est intéressant ici de noter des résultats spécifiques de cette étude de l'OMS concernant l'EDM : son mode

d'expression symptomatique varie en fonction des pays. L'humeur triste est un facteur commun, ce qui était attendu puisque c'est un des deux critères essentiels du diagnostic. Mais dans les centres européens, l'humeur triste était associée fréquemment à de la fatigue avec souvent des troubles du sommeil et des pensées dépressives ; alors que dans des centres non-européens, l'EDM s'accompagnait d'une perte de poids et un sentiment de dévalorisation, d'un schéma récurrent caractéristique de pensées de mort, ou alors d'insomnies et d'une prise de poids. Des différences culturelles de l'expression symptomatique de l'EDM existent à l'échelle européenne : en effet en Italie, les personnes dépressives présentent surtout des pensées de mort, en Allemagne et en Angleterre prévalent des sentiments de dévalorisation, les ruminations mentales et l'insomnie, aux Pays Bas, les pertes de poids, et en France, la fatigue.

1.4. Autres études sur la prévalence des psychopathologies

Suite à cette étude de 1995, l'OMS a consacré d'importants travaux à la question des troubles psychiques à travers le monde : le World Health Report 2001 (OMS, 2001) était entièrement consacré à la santé mentale. Les 52 états constituant la section européenne de l'OMS, ainsi que l'Union Européenne et le Conseil Européen ont participé à une Déclaration et un Plan d'Action pour la Santé Mentale en 2005 (OMS, 2005a, 2005b). L'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé, qui est un partenariat entre le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, plusieurs gouvernements européens et des organismes financiers et universitaires européens, et dont l'objectif est de soutenir et favoriser une politique de santé basée sur les preuves (evidence based), a publié un guide richement documenté intitulé « Mental Health Policy and Practice across Europe : The future direction of mental health care » (Politiques et Pratiques en matière de santé mentale à travers l'Europe : Orientation future des soins de santé mentale) » (OMS, 2007). D'après ce document, les troubles psychiques représentent une prévalence annuelle importante dans tous les pays : une personne sur quatre va au cours de sa vie développer un épisode significatif de trouble psychique.

Dans leur méta-analyse internationale publiée en 2011, Wittchen et al. trouvent que les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux (14%), les troubles du sommeil (7%), l'Episode Dépressif Majeur (6,9%), les troubles somatoformes (6,3%), la dépendance aux substances, alcool et drogues (supérieur à 4%), chez les jeunes le Trouble déficitaire

d'attention avec ou sans hyperactivité (5%) ; les démences concernent 1 à 30% de la population en fonction de la tranche d'âge. Hormis la dépendance à l'alcool/aux substances et le retard mental, on n'observait pas de variations significatives entre les cultures ou les pays. Leur étude montre qu'en 2011, 38,2% de la population européenne souffrait d'un trouble mental. Après ajustement pour l'âge et la comorbidité, cela correspondait à 164,8 millions de malades. D'après ces auteurs, chaque année, un citoyen européen sur trois présente une maladie psychique, et cette proportion augmente encore si l'on inclut les troubles d'origine neurologique.

Selon les enquêtes réalisées dans des pays développés et dans des pays en développement (Almeida-Filho et al.,1997; Borowsky, Camp, Jackson-Triche, Meredith, Rubenstein & Wells, 2000 ; Regier et al., 1988;), plus de 25 % des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie. D'après l'étude britannique de Broadman, Henshaw et Willmott (2004), 15,2 % des consultants présentaient un EDM, 20% un trouble anxieux, 0,7% un TOC, environ 0,5% un trouble somatoforme, un trouble du comportement alimentaire ou un usage problématique de substances. Les troubles psychosociaux concernaient 1,5% des consultants. Dans une méta-analyse de neuf études, Vazquez-Barquera et al (1999), relèvent un taux de prévalence des troubles psychiques variant de 15 à 38,8%. Pour ces auteurs, cette variabilité est liée au choix des troubles inclus dans les études, les modèles de catégorisation retenues ; les taux de prévalence diffèrent également selon qu'ils concernent des personnes atteintes d'une affection à un moment donné (prévalence ponctuelle) ou à un moment quelconque pendant une certaine période (prévalence du moment) ou à un moment quelconque pendant leur vie (prévalence au cours de l'existence).

1.5. Aspects épidémiologiques et étio-pathogéniques des troubles psychiques

Comme nous pouvons le constater, les valeurs de prévalence varient dans une certaine mesure d'une étude à l'autre ; plusieurs explications à ce phénomène : d'une part, l'épidémiologie des troubles psychiques est une science relativement récente, dont les concepts et les méthodes de recherche s'affinent progressivement. D'autre part, une série de facteurs très différents détermine la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles

mentaux et du comportement. Il s'agit de facteurs socio-économiques, de facteurs démographiques (le sexe et l'âge), d'événements de vie dits négatifs comme les catastrophes ou les agressions, le décès d'un proche etc..., de la présence de maladies physiques graves, ainsi que du milieu familial. Nous aborderons ici brièvement les facteurs considérés actuellement comme les plus déterminants : le sexe, les comorbidités, le stress, les événements de vie, le contexte social et familial.

1.5.1. Le sexe

Si femmes et hommes présentent globalement le même risque de développer un trouble psychique (OMS, 1995), il existe des différences sexe-dépendantes en fonction de troubles spécifiques :

- L'anxiété et les troubles dépressifs sont plus courants chez les femmes. La majorité des études indique que la prévalence des troubles dépressifs et anxieux est plus élevée chez les femmes, dans une proportion généralement comprise entre 1,5 et 2 femmes pour 1 homme. Ce constat vaut pour les pays développés comme pour un certain nombre de pays en développement (Patel et al., 1999 ; Pearson, 1995). Il est intéressant de noter que la différence des taux de dépression entre les sexes dépend beaucoup de l'âge : l'écart est maximum chez les adultes, nul pendant l'enfance et peu marqué chez les personnes âgées.
- Les troubles liés à l'utilisation problématique de substances, les troubles du comportement et les personnalités asociales sont plus fréquents chez les hommes (Gold, 1998; Kessler et al., 1994 ; OMS, 1995).
- La comorbidité psychiatrique est plus courante chez les femmes que chez les hommes. On observe dans la plupart des cas la coexistence de troubles dépressifs, anxieux et somatoformes, ces derniers se caractérisant par la présence de symptômes physiques que n'explique aucune maladie physique (Gold, 1998).
- Aucune différence nette n'apparaît dans l'incidence ou la prévalence de la schizophrénie et du trouble bipolaire (Kessler et al., 1994). Il semble, toutefois, que la schizophrénie survienne à un âge plus précoce et soit plus invalidante chez les hommes (Sartorius et al., 1986).
- Les psychotropes, qui regroupent les anxiolytiques, les antidépresseurs, les sédatifs, les somnifères et les neuroleptiques, sont plus souvent prescrits à des femmes, ce qui s'explique en partie par une plus forte prévalence des troubles mentaux courants et par le fait que les

femmes sont plus nombreuses à consulter. L'attitude des médecins joue certainement aussi un rôle important : devant un cas clinique où une symptomatologie clinique, qui appelle une psychothérapie, coexiste avec une situation socio-économique complexe, ils peuvent choisir la solution de facilité qui consiste à prescrire des médicaments.

1.5.2. La comorbidité

La comorbidité se définit comme la présence simultanée chez une personne de deux troubles ou plus ; elle constitue un domaine d'étude qui suscite un intérêt considérable et croissant dans le contexte des soins de santé mentale. La notion de comorbidité soulève en outre la question de catégorisation des troubles mentaux (Cloninger, 2002 ; Maj, 2005) : si des classifications internationales comme le DSM et la CIM apportent une catégorisation suffisamment opérationnelle pour permettre des études épidémiologiques et cliniques pertinentes, avec un apport incontestable pour chercheurs et cliniciens, il est évident que dans le domaine des troubles mentaux les frontières inter-nosologiques sont plus floues que dans les troubles somatiques purs, et que de nombreux troubles psychiques partagent les mêmes signes et symptômes (Lépine, 1994). Cet auteur souligne la nécessité d'investiguer les facteurs génétiques, d'une part, et psycho-sociaux, d'autre part, afin de mieux cerner les phénomènes de comorbidité psychique.

Comorbidités somato-psychiques :

Les recherches tendent à confirmer qu'un certain nombre de troubles mentaux (comme la dépression, l'anxiété, la toxicomanie) apparaissent chez des individus souffrant de maladies somatiques, trop fréquemment pour qu'il puisse s'agir d'une simple coïncidence. Par ailleurs, les personnes atteintes d'affections physiques chroniques ont une probabilité plus élevée de présenter des troubles mentaux tels que la dépression et les taux de suicide sont plus élevés chez les personnes souffrant de troubles physiques. Les comorbidités somatiques chroniques, comme le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires, les maladies néoplasiques, la polyarthrite... sont un facteur de risque pour les troubles psychiques, particulièrement les troubles anxio-dépressifs. Une comorbidité physique peut non seulement accompagner des troubles mentaux comme la dépression, mais aussi influencer sur la survenue et la persistance de cette dépression (Geerlings et al., 2000). Une maladie physique grave aura des répercussions directes sur l'état de santé mentale du malade et fréquemment sur celle de sa famille tout entière. C'est le cas de la plupart des maladies très invalidantes ou mortelles, par

exemple le cancer ou les maladies cardio-vasculaire, ainsi que de toute maladie chronique.

La comorbidité est responsable d'une moins bonne observance des traitements médicaux. Elle entraîne une aggravation de l'incapacité et de la mortalité et une augmentation des coûts de santé. Cependant, la coexistence de troubles mentaux reste fréquemment non dépistée et n'est pas toujours traitée avec efficacité (OMS, 2003).

Comorbidités psychiques :

D'après une étude sur un échantillon non-clinique représentatif de la population des Etats-Unis d'Amérique (Kessler et al., 1994), 50% des personnes ont présenté un trouble psychique au cours de leur vie, et parmi ceux-ci, 30% ont présenté un autre trouble pendant les 12 derniers mois. Les troubles les plus fréquents étaient l'EDM, l'usage problématique d'alcool, la phobie sociale et les phobies spécifiques. Chez 14% des personnes, on observait trois troubles mentaux comorbides ou plus, ces personnes à forte comorbidité psychique cumulaient la moitié des troubles vie entière (*all life*), et on retrouvait également chez elles la sévérité symptomatique la plus élevée.

Les auteurs concluent que la co-morbidité psychiatrique sévère, avec 3 troubles psychiatriques ou plus et une sévérité symptomatique importante voire invalidante, concerne environ 1 personne sur 6 ; au moment de l'étude, parmi ces personnes, moins de la moitié avaient bénéficié d'une prise en charge spécialisée par un PSM. D'autres auteurs comme Zilber (2000) ont contribué à identifier et à décrire cette catégorie de patients désignés comme « utilisateurs fréquents des services de médecine générale » ainsi que la difficulté de leur prise en charge en médecine générale.

Les études réalisées dans d'autres pays industrialisés donnent des résultats similaires concernant l'importance des comorbidités. L'anxiété et les troubles dépressifs se conjuguent chez la moitié environ de tous les sujets concernés (Zimmerman et al., 2000). La présence de troubles mentaux est associée à l'utilisation de substances et à la pharmacodépendance : entre 30 et 90 % des personnes qui consultent les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes présentent une « double pathologie » (Gossop et al., 1998). Inversement, les troubles liés à l'alcoolisme sont fréquents parmi les patients des services de santé mentale (65 % d'après Rachliesel et al., 1999), de même que chez les patients avec schizophrénie (12 à 50 %). La coexistence de plusieurs troubles psychiques d'intensité moyenne à sévère a d'importantes répercussions sur le diagnostic, le traitement et la réadaptation ; elle aggrave d'autant l'incapacité du malade et le fardeau qui incombe à la famille.

1.5.3. Le stress

La plupart des études sur les effets du stress sur la santé physique et psychique sont anglo-saxonnes et notamment américaines, et datent de la fin des années 1990 / début des années 2000. Selon la revue *The US Surgeon General* (U.S. Department of Health and Human Services, 1999), chez les personnes de 18 – 54 ans le stress et l'anxiété sont les principaux facteurs aggravant des troubles mentaux et somatiques, davantage que les troubles de l'humeur. McEwen (2008), Marketon et Glaser (2008), Kubzansky et Adler (2010) ainsi que Everly et Lating (2013) mettent en évidence le rôle joué par le stress dans une grande variété de pathologies somatiques .

1.5.4. Les événements de vie

La vie de chaque personne est jalonnée d'événements plus ou moins importants, heureux (telle une promotion au travail) ou malheureux (un deuil ou un échec professionnel, par exemple). On a remarqué que dans de nombreux cas, une série d'événements particuliers précède immédiatement la survenue des troubles mentaux (Brown, Harris & Peto in Freden 1982 ; Leff et al., 1987). Avant l'apparition ou la réapparition de troubles dépressifs, il s'agit généralement d'événements de vie négatifs. Mais concernant les autres troubles, et notamment les troubles anxieux, le caractère péjoratif de l'événement n'est pas systématique : un événement inattendu défavorable ou même favorable, ou une succession inhabituelle d'événements peut être suivi de l'apparition de symptômes psychopathologiques. Les études semblent indiquer que tous les faits marquants de la vie sont des facteurs de stress et prédisposent aux troubles mentaux lorsqu'ils se suivent de près. Ce phénomène n'est pas limité aux troubles mentaux ; il a été aussi mis en évidence pour certaines maladies physiques comme l'infarctus du myocarde. À l'origine, cette corrélation a été constatée pour la dépression et la schizophrénie, et elle a été par la suite mise en évidence dans divers autres troubles mentaux et troubles du comportement, notamment les conduites suicidaires.

Il s'avère donc intéressant, lors de la consultation en soins primaires, de s'enquérir des événements de vie afin d'identifier les personnes rendues potentiellement vulnérables par une

rapide succession d'événements majeurs (par exemple, perte d'emploi, perte du conjoint, déménagement).

1.5.5. Le contexte socio-économique

Une série de facteurs sociaux influe sur la survenue, l'évolution et l'issue des troubles psychiques (Eisenberg & Kleinmann, 1981). Une augmentation significative de la prévalence des troubles psychiques est constatée chez les personnes en situation de précarité ou de recherche d'emploi (Dilling, Weyerer & Castell, 1984). Chômage, manque d'instruction, privations et absence de domicile fixe ne sont pas seulement largement répandus dans les pays pauvres ; ils touchent aussi une importante minorité de pays riches. L'association entre troubles mentaux courants et statut socio-économique est forte : dans leur méta-analyse portant sur 115 études menées dans des pays à revenu faible ou moyen, Lund et al. (2010) relèvent que certaines dimensions, comme la sécurité alimentaire (c'est à dire « la possibilité physique, sociale et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » (CSA, 2012), le niveau éducationnel, le logement, le statut social dans la communauté et le stress financier pouvaient jouer un rôle plus important dans cette association que des facteurs plus « attendus » tel le niveau de revenus, le fait d'avoir ou non un emploi, les habitudes de consommation de biens. Dans une étude américaine, Miech, Caspi, Moffitt, Wright et Silva (1999) examinent la prévalence des troubles anxieux, des troubles du comportement de type antisocial, les troubles dépressifs et les troubles attentionnels, et montrent que le risque de trouble du comportement et le risque de comorbidité étaient respectivement deux et trois fois plus grands chez les enfants des familles les plus pauvres (Kohn et al., 1998). Des études menées en Amérique du Nord, en Amérique latine et en Europe donnent des résultats similaires (OMS, Consortium international d'épidémiologie psychiatrique, 2000). Même dans les pays riches, les troubles psychiques sont plus répandus chez les pauvres que chez les riches, mais comme le montrent Miech et al (1999) ainsi que Costello (1982) et Lund et al. (2010), l'association entre troubles mentaux courants et situation socio-économique présente une variabilité individuelle, faisant intervenir des facteurs de risque, mais également des facteurs de protection et de résilience individuels liés aux caractéristiques de l'environnement communautaire et à la personnalité.

1.6. Coûts induits directs et indirects des troubles psychiques

L'étude de l'OMS (1995) met en relief les liens entre pathologie psychique, incapacité fonctionnelle et perceptions associées à la santé. Parmi les 25 à 30 % des patients remplissant les critères diagnostiques de la CIM 10 d'un trouble psychique, 10% présentaient des répercussions négatives importantes de leur état psychique sur leur fonctionnement psychosocial. Ces répercussions négatives n'étaient pas expliquées par la présence concomitante de maladies somatiques, mais étaient plus invalidantes en cas de comorbidités somatiques et psychiques. Ainsi les troubles d'ordre psychique sont le 3ème motif en termes de volume d'heures d'arrêts de travail, après les troubles musculo-squelettiques et les troubles respiratoires. Dans tous les centres étudiés, les troubles psychiques étaient associés à une invalidité fonctionnelle dont la gravité et l'étendue dépassaient habituellement celle provoquée par d'autres pathologies prises en charge en soins primaires. L'invalidité fonctionnelle auto-évaluée était associée de façon indépendante à la présence d'une pathologie somatique et à la présence d'une pathologie psychique.

Les troubles mentaux entraînent donc des incidences économiques importantes sur le revenu des personnes, la capacité des malades – et souvent de leurs soignants – à travailler, leur productivité au travail et leur contribution à l'économie nationale. S'y ajoutent le recours à des traitements et à des services d'aide. Croft-Jeffreys et Wilkinson (cité dans Murray, Hill, & MacGuffin, Eds, 1997) et Von Korff et al. (1990) mettent en relief les coûts importants engendrés par la forte prévalence des troubles psychiques : le coût économique des problèmes de santé mentale en 2000 était évalué à environ 3 à 4% du PIB dans les états membres de l'Europe des 15 (Gabriel & Liimatainen, 2000). Ce coût ne se limite pas au secteur santé (OMS, 2007), mais concerne un périmètre plus large : perte de productivité en raison d'un absentéisme de courte ou longue durée, diminution de la productivité sur le lieu de travail (le «présentéisme»), retraites anticipées, occasions manquées d'évolution de carrière, réduction de la productivité vie entière, en raison d'une mortalité prématurée. Ces coûts liés à la perte de productivité semblent en augmentation dans de nombreux pays Européens depuis une dizaine d'années (Knapp et al., Eds, 2007). Un autre volet important des coûts est supporté par les systèmes d'aide (aide sociale, aide au logement, aide juridictionnelle) et par les familles et les malades eux-mêmes ; dans le cas de troubles psychiques apparaissant pendant l'enfance, ces impacts économiques se prolongent longtemps à l'âge adulte.

Sur le plan mondial, dans une famille sur 4, au moins un des membres souffre de

troubles mentaux, et les membres de la famille sont souvent les principaux soignants. Il est difficile de quantifier la charge que font peser les troubles mentaux sur les familles, et elle n'est, de ce fait, souvent pas prise en compte dans les statistiques. Elle a pourtant de profondes répercussions sur la vie des familles (OMS, 2003). Parmi les 10 affections qui sont principalement à l'origine des années vécues dans l'incapacité on trouve plusieurs troubles psychiques : Episode dépressif majeur, Troubles liés à la consommation d'alcool, Schizophrénie, Trouble bipolaire, Trouble obsessionnel-compulsif (OMS, 2003 ; Tables rondes ministérielles, 2001). Les troubles psychiques et les pathologies neuro-psychiatriques constituent, en Europe, 26,6% de la charge globale des maladies, une proportion supérieure à ce qu'on observe dans d'autres parties du monde. En ne prenant pas en considération les comorbidités, les troubles psychiques ou neurologiques uniques les plus invalidants étaient les troubles dépressifs, les démences, l'usage problématique d'alcool et les Accidents Vasculaires Cérébraux (Wittchen et al, 2011). L'évaluation de la charge mondiale de morbidité sur la base du nombre d'années de vie corrigé de l'incapacité (AVCI) perdues montre que les troubles mentaux et neurologiques figurent parmi les facteurs les plus importants ; en 1999, par exemple, ils représentaient 11 % des AVCI perdues, toutes les maladies et tous les traumatismes confondus. De tous les troubles mentaux et neurologiques, la dépression représente la majeure partie de la charge de morbidité. Si de nombreuses sources indiquent une augmentation des demandes de soins, des arrêts maladies et des départs en retraite anticipés liés aux troubles psychiques, les taux de prévalence dans la population n'ont pas augmenté, mis à part quelques exceptions, concernant notamment les démences.

L'étude OMS en 1995 montre le mécanisme par lequel les troubles psychiques impactent négativement la perception de santé et aggravent l'invalidité (OMS 1995). La recherche montre que la façon dont le patient perçoit son propre état de santé somatique est statistiquement associée à son statut psychopathologique de façon modérée mais stable à travers les centres étudiés : plus la symptomatologie psychique est présente, plus la personne aura tendance à considérer que son état de santé global est médiocre ou préoccupant.

Cette différence statistique persiste même après correction mathématique par rapport à l'état de santé physique. Cela signifie que chez une personne souffrant d'une affection somatique, son auto-évaluation de la gravité de son état va dépendre davantage de son statut psychopathologique que de la sévérité "objective" de son affection somatique. Par conséquent, dans une majorité de cas, l'incapacité de travail semble être davantage liée aux troubles psychiques qu'aux pathologies physiques. La combinaison d'invalidité fonctionnelle

avec une mauvaise perception, par le patient, de son propre état de santé somatique est un facteur très péjoratif aussi bien pour la qualité de vie que pour la charge qui pèsera sur l'environnement familial du patient ainsi que sur son utilisation des services médicaux (OMS, 1995).

Prenons l'exemple des troubles de l'humeur, et notamment de l'EDM : selon la Global Burden of Disease Study (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray 2006, cité dans Everly&Lating, 2013), les Episodes Dépressifs Majeurs, se situent actuellement au 3ème rang des dix principales causes de charge de morbidité mondiale. Il est prévu que, d'ici à 2020, elle se positionnera à la deuxième place. La prévalence de la dépression est associée à un faible niveau d'éducation, à l'âge (elle est augmentée chez les jeunes adultes et les seniors), au chômage et à la précarité au sens large (Comstock & Helsing, 1977) ainsi qu'au sexe féminin : dans presque tous les pays et dans tous les contextes culturels, la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Le coût annuel moyen (incluant les dépenses médicales et pharmaceutiques ainsi que les frais liés à l'incapacité) d'un employé souffrant de dépression peut être de 4,2 fois supérieur à celui d'un employé en bonne santé psychique. Cependant, le coût du traitement est souvent totalement compensé par une réduction du nombre de jours d'absence et une moindre perte de productivité au travail (OMS, 2003). Au-delà des coûts, la souffrance et le retentissement pour les personnes concernées sont préoccupants car la dépression majeure est liée au suicide. La plupart des personnes qui se suicident sont aussi déprimées cliniquement. Si l'on tient compte du suicide, la charge de morbidité déjà énorme associée à la dépression s'alourdit encore considérablement (OMS, Tables rondes ministérielles, 2001). Le suicide figure parmi les 10 premières causes de décès prématuré en Europe. Le taux de suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes et constitue, après les accidents de la voie publique, la deuxième cause de mortalité chez les hommes européens de 15 à 35 ans.

Le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles psychiques constituent donc un enjeu considérable pour les malades, leur entourage et la société toute entière.

1.7. La prise en charge des troubles psychiques

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce ne sont pas les professionnels de santé mentale (PSM) qui voient en consultation la majorité des personnes souffrant d'un trouble psychique, mais les médecins généralistes (Régier, Goldberg, & Taube, 1978). Comme le montre l'étude OMS 1995, la plupart des personnes présentant un trouble psychique consulteront d'abord un médecin généraliste et la plainte verbalisée par le patient sera dans la grande majorité des cas d'ordre somatique. Les moyens diagnostiques psychologiques employés par les médecins généralistes sont peu standardisés, et les instruments psychotechniques standardisés existants, peu utilisés. Dans 9 cas sur 10 cas, le médecin généraliste n'oriente pas ces patients vers des spécialistes en soins psychiques.

En 1960, Kessel réalise la première étude sur la prévalence des troubles psychiques dans la patientèle d'un centre de soins primaires londonien en utilisant, comme référentiel d'évaluation, les chapitres de la CIM traitant uniquement des troubles psychiques. Selon ses résultats, 5% des malades remplissaient des critères stricts d'un trouble psychique spécifique ; ils étaient 9% en incluant les patients présentant des symptômes bien définis d'un ou plusieurs troubles psychiques, et 38% si l'on incluait les patients exprimant des plaintes somatiques sans origine médicale identifiable.

Cette étude mettait donc déjà en relief la fréquence des plaintes somatiques diverses sans origine médicale identifiable au cabinet du MG, et leurs liens avec l'état psychique des patients vus en soins primaires. L'étude de Shepherd et al (1966) montre le fort pourcentage des patients présentant des troubles psychiques au cabinet de médecine générale : ce sont les MG qui prennent en charge la grande majorité des maladies psychiques. Les études internationales s'intéressant aux différents aspects de la prise en charge des troubles psychiques en soins primaires se multiplient dans les décennies suivantes : d'après Jenkins et Shepherd (cité par Mezzich et al., Eds., 1994), sur 10 patients avec un trouble psychique caractérisé vus par un MG, un seul sera ensuite vu par un professionnel de santé mentale.

Un rapport relativement ancien de la section européenne de l'OMS (OMS, 1973) estimait déjà que 10 à 20% des patients vus en soins primaires souffrent d'un trouble psychique et la vaste étude de Wittchen et von Zerssen (1992) indique que les personnes avec un trouble psychique consultent 2 fois plus leur médecin généraliste que les personnes sans trouble psychique, et que la plupart d'entre eux ne seront vus que par leur MG, et non par un professionnel de santé mentale (PSM).

Goldberg, Clifford, et Thompson (1987) utilisent le Patient Health Questionnaire pour montrer que le pourcentage de personnes souffrant de troubles psychiques est plus élevé chez les patients consultant un médecin généraliste que dans la population générale, et ceci même si on ne tient pas compte des patients consultant spécifiquement pour un problème d'ordre psychologique. Blacker et Clare (1987) travaillent sur la prévalence et la prise en charge des troubles dépressifs en soins primaires : 20 à 25% de troubles psychiques pris en charge en soins primaires sont d'ordre affectif et présentent une intensité légère à modérée, mais dans cette population de cas peu sévères se trouvent des cas de troubles dépressifs graves qui passent souvent inaperçus ou sont traités de façon inadéquate.

Lowy (1975) trouve que 30 à 80% des patients consultant en soins primaires présentent des troubles dits fonctionnels, c'est à dire des plaintes ou symptômes sans explication médicale précise. D'après Brown et al. (1971) et Garfield et al. (1976), seuls 10 à 30% des consultants en soins primaires présenteraient des pathologies somatiques potentiellement graves. Dans une enquête auprès de 350 généralistes libéraux, Orleans et al. (1985) trouvent que quasiment tous les praticiens (99%) classent anxiété, stress et états tensionnels parmi les 6 symptômes les plus fréquemment rencontrés en consultation. Les MG identifient des douleurs chroniques, des troubles gastro-intestinaux hors cancers, des symptômes mal identifiés et/ou des troubles psycho-physiologiques chez 67 à 90% de leurs patients. Boardman et al. (2004) trouvent des prévalences globales de 21% de troubles psychiques selon le DSM IV TR dans la patientèle des MG, les troubles anxieux et les troubles dépressifs constituant la majorité des pathologies rencontrées.

Il n'existe que peu d'études françaises sur le sujet des troubles psychiques en soins primaires (Norton, 2000). Les premières études de Brunetti (réalisées en 1961 et 1971, résultats publiées en 1975) concernent environ 800 habitants d'une commune rurale du Vaucluse et relèvent des troubles psychiques courants chez 15,7% de la population. Lépine (1994) étudie les habitants d'une commune de la région parisienne et trouve une prévalence de troubles anxieux et de troubles de l'humeur selon les critères du DSM III R, chez 22% des hommes et 44% des femmes.

Lecrubier (1990) étudie la prévalence des troubles de l'humeur selon le DSM III R chez 50 consultants successifs d'une soixantaine de médecins généralistes français ; il relève une

prévalence de 16,5% de troubles de l'humeur et note la forte demande en soins somatiques des patients dépressifs qui expriment en moyenne 8 à 9 plaintes somatiques pendant une consultation, constat confirmé par Wittchen et von Zerssen (1992) : l'existence d'un trouble psychique chez un patient augmente très considérablement sa demande de soins somatiques.

Le rôle du MG est donc essentiel dans la prise en charge médicale somatique et également dans celle des troubles psychiques : le médecin de famille assure les suivis à long terme et peut être en mesure de dépister des aggravations de l'état du patient, ou des modifications dans son environnement, susceptibles de mettre en jeu les capacités adaptatives du patient. Il connaît souvent personnellement d'autres membres de la famille, les visites à domicile l'amènent à connaître le cadre de vie du patient, il se forge une idée du climat, des difficultés et des ressources matérielles, relationnelles, sanitaires et des modes de communication familiales. Il reste disponible pour écouter et rassurer les patients ; sa consultation est plus accessible que celle des autres spécialistes. Le médecin généraliste doit cependant rester vigilant face aux troubles psychiques parce qu'il peut être confronté à des cas cliniques potentiellement graves, qu'il doit renvoyer automatiquement vers un spécialiste.

1.8. Motifs de consultation en soins primaires

Le chemin d'accès aux soins dépend de l'organisation du système de soins propre à chaque pays. En Europe il existe plusieurs cas de figure : en Angleterre, chaque patient doit consulter tout d'abord le MG qui lui est attribué individuellement, et ce dernier en tant que gate keeper est seul habilité à adresser vers des prises en charge spécialisés. En France ainsi qu'en Allemagne et en Italie, au moment de l'étude donc en 1995, 10 à 30 % des patients avaient consulté préalablement un autre médecin pour le même problème, habituellement un service ou un praticien hospitalier (OMS, 1995).

Les malades ne sollicitent pas l'aide de leur médecin généraliste explicitement pour des difficultés d'ordre psychique : dans le cas des troubles psychiques vus en soins primaires, il existe une différence importante entre Motif de Consultation et Résultat de Consultation. L'étude de l'OMS (OMS, 1995) montre que le motif de consultation était dans 62% des cas un problème somatique ou algique, dans 7% un problème de sommeil ou une fatigue, et seulement dans 5,3% des cas, le patient évoquait spontanément un problème d'ordre

psychologique ou relationnel. Cette proportion était la même chez les personnes présentant un trouble psychique caractérisé, et se retrouvait dans tous les centres : aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays émergents, les patients présentant un ou plusieurs troubles psychiques bien définis exprimaient une plainte d'ordre somatique (dorsalgies, essoufflement, étourdissements).

Wickramasekera (1988) propose une explication possible : les patients considèrent une pathologie somatique comme indépendante de leur volonté, une maladie somatique n'affectera donc pas leur estime de soi. Alors qu'un trouble psychique est associé plutôt à un manque de volonté, à une faiblesse personnelle et ils sont bien plus réticents à l'évoquer avec un professionnel.

Dans leur étude menée auprès de plus de 1 400 MG au Québec, concernant la gestion des troubles psychiques par les médecins généralistes, Fleury, Farand, Aubé et Imboa (2012) mettent en évidence que les MG sont les seuls interlocuteurs des patients présentant un trouble mental courant, mais que les MG adressent 75% des cas de troubles mentaux sévères aux PSM. Un médecin généraliste sur 2 déclare n'avoir aucun contact avec les PSM. Les auteurs préconisent une augmentation de la communication médecin-PSM par des stratégies ciblées, comme des prises en charge intégrées ou pluridisciplinaires. La fréquence de la pathologie psychiatrique et des troubles d'origine psychique rencontrés en médecine générale en fait donc un élément central de la pratique du médecin généraliste qui se trouve impliqué dans tous les champs de la santé mentale (Alby & Gallais, 2002).

S'il existe encore peu d'études françaises sur la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale, leurs résultats indiquent que pour les environ 90 600 MG libéraux français (source : SFMG, 2014) en moyenne environ 30 % des consultations concernent des troubles de l'Axe 1 du DSM IV, surtout des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, et que sur 4 prescriptions d'antidépresseurs, trois sont établies par un MG et une par un psychiatre.

Les médecins généralistes constituent une offre de soins de proximité indispensable, la distance domicile du patient-cabinet médical étant en moyenne inférieure à 1 km. Un quart de la population française consulte au moins une fois par mois un médecin généraliste en consultation ou visite à domicile. Sur une année, c'est donc près de 80 % de l'ensemble de la population qui a eu recours à un médecin généraliste. Cette accessibilité est aussi financière : le taux de renoncement aux soins de médecine générale en secteur 1 était déjà inférieur à 5 %

avant l'instauration de la couverture médicale universelle (CMU). Si on ajoute que 85 % des consultants sont habituellement suivis par le même médecin, le cabinet de médecine générale apparaît comme un cadre de soins personnalisé accessible, stable, disponible assurant permanence et continuité des soins (Gallais, 1994).

1.9. Le *Treatment Gap* : L'Inadéquation entre besoins et offre de soins dans le domaine des troubles mentaux

Comme le soulignent Lehtinen et al. (1999), connaître la prévalence d'un trouble est peu utile sans une connaissance approfondie des besoins médicaux satisfaits et non satisfaits et de l'utilisation des services de santé par les malades. Bebbington, Marsden et Brewin (in Andrews & Henderson (Eds), 2004) définissent les "besoins en soins" comme des états où une modification du fonctionnement est susceptible d'intervenir après une intervention efficace. Selon les études épidémiologiques, les besoins en soins psychiques dans la population globale varient, selon les études, entre 7 et 22,4%. Entre 60 et 75% de ces personnes ne reçoivent pas de traitement ou alors un traitement insuffisant ou inadapté (Salkovskis, 1999) : c'est le *Treatment Gap*. Ce terme anglo-saxon peut se traduire par «lacune de traitements» ou «manque en matière de traitements» et se définit comme «le pourcentage d'individus présentant un besoin de soins mais qui ne sont pas traités» (OMS, 2004).

Comme nous l'avons vu, les troubles neuro-psychiatriques constituent entre 13 et 25 % de la charge de morbidité totale. Cette estimation est probablement en-dessous de la réalité car elle ne tient pas compte des impacts des troubles psychiques d'une part sur le sujet lui-même (en termes de santé physique, de stigmatisation, de pertes sur le plan du statut socio-professionnel, des relations familiales, du réseau social) ni des impacts sur son environnement familial qui est souvent fortement impliqué dans la prise en charge des malades au quotidien. Il est alors surprenant de constater que dans tous les pays, qu'ils soient fortement industrialisés ou en voie de développement, le pourcentage de dépenses de santé qui leur est attribué est très inférieur, se situant souvent en dessous de 5 %.

Dans un récent Bulletin de l'OMS (OMS, 2004), Kohn et al. publient les résultats de leur méta-analyse d'études concernant le pourcentage de cas de troubles mentaux courants

non-traités dans des pays industrialisés dotés de systèmes de soins bien organisés:

Tableau 2 : Taux des troubles mentaux courants ne recevant aucun traitement, en pourcentages (Source : OMS, 2004)

Type de troubles	Pourcentage
Troubles psychotiques	32,2
EDM	56,3
Trouble dysthymique	56
Trouble bipolaire	50,2
Trouble anxieux généralisé (TAG)	57,5
Trouble panique	55,9
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	57,3
Dépendance alcoolique	78,1
Moyenne globale des troubles non traités	45,4

Fawcett (1993), et Tiemens, Ormell et Simon (cité dans Salkovskis, Ed., 1996) constatent qu'un pourcentage élevé d'EDM sévères n'est ni détecté ni traité et que 68% des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ne reçoivent aucun traitement.

Le *Treatment Gap* varie de façon importante d'un pays à l'autre et d'une psychopathologie à l'autre : pour l'EDM par exemple, il n'était que de 15,9% en Italie, mais de 80% au Royaume Uni. L'usage problématique d'alcool était le trouble globalement le plus insuffisamment pris en charge, avec un *Treatment Gap* variant entre 49,4% chez les jeunes adultes juifs en Israël, et 96% chez les habitants de Mexico City (OMS, 2004).

Dans leur observation de 32 cabinets anglais de médecine générale entre 1998 et 2000, Boardman, Henshaw et Willmott (2004) trouvent une prévalence en besoins de traitement psychique de 27,3% parmi les consultants (selon le DSM IV TR et les Bedford College Case Criteria) ; en fin de prise en charge, seuls 28,1% avaient reçu une réponse adéquate, 60% n'avaient pas reçu de réponse, 6,2% avaient reçu une réponse partielle, et 6,2% étaient jugés impossibles à satisfaire. Les troubles qui avaient reçu le moins de réponse thérapeutique adéquate étaient les Troubles de Stress Post-Traumatique : pour 1 cas traité de façon adéquate, on notait 8 cas sans traitement ou avec traitement partiel ou inadéquat. Ce rapport était d'environ 1 à 7 pour les phobies spécifiques et l'agoraphobie, d'environ 1 à 2,5 pour les EDM

d'intensité sévères, de 1 à 3 pour tous les troubles anxieux confondus. Les EDM d'intensité modérée ou légère étaient les mieux pris en charge.

1.9.1. Origines possibles du *Treatment Gap* :

Parmi les obstacles empêchant les malades d'avoir accès à des soins de santé mentale adaptés, Boardman, Henshaw et Willmott (2004) citent différents facteurs.

Des facteurs dépendant du malade :

La crainte de la stigmatisation : dans le monde, moins de 40 % des personnes présentant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des troubles associés à une toxicomanie sollicitent de l'aide dans l'année suivant leur apparition (OMS, 1995). La stigmatisation complique l'accès pour ceux qui ont besoin d'aide, d'un traitement et de soins; elle est responsable de l'occultation d'une énorme quantité de problèmes mentaux.

L'écart entre Motif de Consultation et Résultat de Consultation : comme nous l'avons vu plus haut, le motif de consultation est très majoritairement d'ordre somatique, et le patient, quand il consulte, va exprimer une plainte organique et laisser au médecin le « soin » de détecter les difficultés psychiques dont il souffre.

Des facteurs indépendants du malade :

La prise en charge par les organismes d'assurance : le manque de prise en charge des frais par les assurances maladie qui n'assurent pas les troubles psychiques comme les autres risques. Ainsi s'explique, au moins partiellement, le fait que la prise en charge pharmacologique de l'EDM soit comparativement meilleure en Europe qu'aux Etats Unis : l'arrivée sur le marché des antidépresseurs à effets secondaires réduits a amélioré la situation en Europe, où les systèmes d'assurance maladie prenaient en charge leur coût plus élevé, par rapport aux Etats Unis où ce n'était pas le cas.

Le financement attribué aux soins primaires : des choix de politique de santé, notamment dans les pays développés où une trop grande partie du financement est absorbée par la prise en charge institutionnelle et où peu de financement reste disponible pour les soins de proximité, conduisant à une faible rapidité des prises en charge et des modalités de traitements globalement inadéquates.

Le manque de formation des médecins généralistes dans le domaine des troubles mentaux : D'après l'étude de l'OMS (OMS, 1995), trop peu de médecins et de personnels

infirmiers savent reconnaître les signes et symptômes des troubles mentaux. Dans 41% des pays, il n'existe pas de formation médicale initiale en santé mentale destinée aux professionnels de santé intervenant en soins primaires, et dans les pays où elle existe, comme en Europe, le volume horaire est très réduit. Par ailleurs, le mode d'enseignement, généralement dispensé sous forme de cours magistraux par des spécialistes psychiatres n'est pas suffisamment bien adapté à la situation spécifique des soins primaires où les consultations sont courtes, où la symptomatologie se trouve généralement à un stade peu déterminé, avec des intrications multiples entre symptômes somatiques et psychiques. Les approches psychologiques validées scientifiquement et notamment les approches cognitives et comportementales sont actuellement enseignées dans très peu de facultés de médecine françaises.

Orleans, George, Houpt et Brody (1985), dans une enquête auprès de 350 MG américains, trouvent les explications suivantes pour les difficultés à prendre en charge les patients avec psychopathologie : 75% des MG citent la résistance des patients contre une prise en charge par un PSM ; ensuite vient la crainte que le patient ne refuse un diagnostic de psychopathologie ; puis, les MG citent le manque de temps lors de la consultation, le manque de formation dans le domaine des troubles psychiques, et la question du remboursement des frais par les organismes d'assurance maladie.

Comme nous l'avons vu plus haut, les troubles psychiques sont corrélés à une mauvaise perception associée à la santé : les patients présentant un trouble psychiques caractérisé évaluaient leur état de santé somatique comme étant moins bon que les patients sans un tel diagnostic, et ceci d'autant plus que le statut psychopathologique était sévère. Cette tendance ne dépend pas du degré de gravité de l'état somatique. Chez le médecin traitant, on observe dans une moindre mesure cette même tendance : le MG tend à considérer l'état somatique plus préoccupant chez un patient qui présente un trouble psychique, que chez un patient en bonne santé psychique. Il existe donc potentiellement un cercle vicieux : plus le patient est fragilisé sur le plan psychiatrique, plus il percevra sa santé somatique comme préoccupante, et plus il risque, dans le dialogue soignant-soigné, de mettre en avant des plaintes somatiques. Le médecin, attentif et prudent en tout premier lieu face à la nécessité de détecter toute affection somatique, va privilégier les examens et explorations physiques et ainsi renforcer la conviction du patient que le problème est d'ordre somatique.

En résumé : Le *Treatment Gap* paraît donc lié à la conjonction de plusieurs facteurs :

- un manque de moyens mis à disposition des MG, car la prise en charge des troubles psychiques nécessite plus de temps et une planification du suivi différente par rapport aux prises en charge somatiques. L'offre de soins mentaux est hétérogène en Europe, et des services centrés sur l'institution continuent de dominer une bonne partie du paysage de santé mentale en Europe, au détriment de soins de proximité et d'une revalorisation de la prise en charge en soins primaires (OMS, 2007).

- une coopération sub-optimale entre médecin généraliste et professionnel de santé mentale

- le Motif de Consultation exprimé par le patient, qui est d'ordre somatique dans 90% des cas.

1.10. Détection et traitement des troubles psychiques par le médecin généraliste

Comme le formulent Murray, Hill et MacGuffin (1997) « il existe des différences démontrables entre les médecins généralistes, en ce qui concerne leur aptitude à reconnaître, soigner et adresser de façon appropriée des patients présentant des troubles psychiques ; ces différences sont largement inexpliquées ».

1.10.1. Identification des troubles mentaux en soins primaires

Plusieurs études britanniques des années 1960-1980 (Boardman 1987, Manchester Study) concernant des cabinets médicaux d'un même secteur géographique et desservant des clientèles comparables (sur le plan des caractéristiques socio-économiques p.e.), comparent le taux de prévalence des troubles psychiques en soins primaires. Cette prévalence est évalué d'une part par des instruments psychotechniques standardisés, notamment le Patient Health Questionnaire (PHQ) remplis par les patients, et d'autre part par le diagnostic clinique établi par le médecin généraliste. Les taux de prévalence globale des différents troubles psychiques, tels que relevés par le PHQ se situait aux environs de 40%. Dans tous les cabinets participant aux études, le taux de diagnostic de trouble psychique établi par les médecins généralistes était nettement inférieur. À taux de prévalence égal, les auteurs trouvaient d'importants écarts entre les taux de détection : la capacité des MG à détecter correctement un trouble psychique variait de 1 à 9 (Shepherd, 1966). Cromble (1986) met en évidence que les MG recourent

rarement à une procédure diagnostique standardisée, et Marks, Goldberg et Hillier (1979) montrent que plusieurs facteurs dépendant du praticien sont associés à la capacité du MG à détecter un trouble psychique chez son patient : l'expérience, l'attitude, le style relationnel privilégié, la personnalité du praticien. Dans leur étude, Marks et al. (1979) vont observer 55 médecins généralistes britanniques et corréler différents facteurs praticien-dépendants (par exemple leur comportement verbal et non-verbal lors des entretiens cliniques, des données concernant leur personnalité, leur formation et leur expérience professionnelle ...), à leur capacité à diagnostiquer les troubles psychiques. D'après cette étude, les facteurs expliquant le mieux la capacité du MG à diagnostiquer des troubles psychiques étaient l'intérêt et la préoccupation du praticien pour son patient, ainsi que la manière de mener l'entretien clinique qui dépendait à son tour fortement de facteurs de personnalité du MG. Les auteurs concluent à l'utilité du PHQ en tant qu'aide au diagnostic en médecine générale. Üstün et Sartorius (1995) réalisent une méta-analyse portant sur une trentaine d'études réalisées entre 1970 et 1990. Leurs résultats montrent des prévalences de troubles psychiques, évalués par des instruments standardisés, notamment le General Health Questionnaire (GHQ), se situant entre 27 et 48 % aux USA, et entre 19 et 50 % en Europe. Le taux de détection de ces troubles par les médecins généralistes, variait entre 14 et 65 %. Ce qui signifie que les MG ne réussissaient pas à diagnostiquer entre 30 et 70% des psychopathologies présentes chez leurs patients.

L'étude de l'OMS 1995 étudie la concordance entre le diagnostic du médecin et le résultat de l'instrument psychotechnique. Les auteurs qualifient cette concordance de globalement faible à modérée. Comme nous l'avons vu plus haut, l'instrument psychotechnique indiquait 24% de cas de psychopathologies caractérisées, et 9% de cas infra-cliniques, donc 33% de patients avec une symptomatologie psychique cliniquement significative, alors que les MG diagnostiquaient 23,2% des patients comme présentant un trouble psychique. La variabilité était importante : Parmi les patients que l'instrument psychotechnique avait repérés comme présentant un trouble psychique caractérisé, les praticiens repéraient un pourcentage de cas variant de 4,% à 58,2% en fonction des centres avec une moyenne de 23,2% : les MG chiliens repéraient ainsi presque 60% des cas, donc 2 cas sur 3, et les MG du centre de soins primaires de Nagasaki n'en repéraient que 4%, moins d'un cas sur 20. Les MG italiens repéraient 47% des cas, leurs confrères allemands 32-33%, et les MG français repéraient 30% des cas, suivis par les MG anglais (25%) et hollandais (24%). On observait que le taux de repérage augmentait en fonction de la sévérité symptomatique.

En ce qui concerne l'identification des différentes psychopathologies, c'est à dire le

diagnostic psychiatrique différentiel et positif, la concordance entre CIDI et MG était d'environ 50 %. Cette concordance variait en fonction des centres, allant de 18,3% à 75%. Les chercheurs ont exclu de ce calcul deux facteurs qui pouvaient affaiblir les concordances: les douleurs somatoformes et l'usage problématique d'alcool. En effet, la conception de la douleur varie en fonction de la pratique médicale. Une même céphalée peut être considérée comme étant d'origine migraineuse par un médecin, et comme étant due au stress par un autre médecin. De même, les schémas de consommation d'alcool étant très variables d'une culture à l'autre, les médecins ne considèrent pas forcément l'abus d'alcool comme un trouble psychique. Même après correction, la concordance entre le diagnostic positif proposé par le MG et le résultat de l'instrument psychotechnique n'est que d'environ 50%.

Tableau 3 : Troubles psychiques identifiés par les médecins généralistes dans les centres européens (Source : OMS 1995)

	Dépression clinique (% identifié)	Trouble Anxieux Généralisé (% identifié)	Trouble somatoforme (% identifié)	Tous troubles CIM-10 (% identifié)
PARIS	61,5	49,7	66,3	46,8
MANCHESTER	69,6	72,3	100	62,9
MAINZ	55,6	65,2	95,6	60
BERLIN	56,7	55,1	55,5	56
ATHENES	22,2	13,4	11,3	17
VERONA	70	74	100	75
GRONINGEN	59,6	58,7	75,2	51,2

Selon les auteurs, cette variabilité peut s'expliquer par différents facteurs :

1.10.1.a Les modèles de prise en charge (Starfield, 1992) : le modèle individualisé et le modèle collectif

Dans le modèle individualisé, le patient consulte un médecin qu'il connaît, qu'il a vu lors de précédentes visites et qu'il reverra lors de consultations ultérieures. Les consultations sont organisées par prise de rendez-vous, le patient sait d'avance qu'il sera reçu, et que le praticien lui consacra un certain laps de temps sans le presser. Le praticien est le médecin "personnel" du malade : il le connaît personnellement et se préoccupe activement de sa santé physique et mentale. C'est lui qui tient à jour le dossier, centralise les informations apportées par les examens complémentaires, et coordonne les soins entre les visites.

Dans le modèle collectif, le patient consulte un centre de soins qu'il connaît et où il a consulté précédemment, mais sans avoir un praticien attiré. Le patient n'est pas certain d'être vu en consultation, et la durée de consultation dépend du nombre de patients présents ce jour-là. C'est le centre de soins qui tient le dossier patient et qui émet des propositions pour les soins entre les visites, la responsabilité de la coordination des soins ne repose pas sur un médecin en particulier. L'identification de troubles psychiques, par le médecin, s'avère meilleure dans le modèle individualisé.

1.10.1b La conceptualisation, le seuil de détection, ou degré de sensibilité du médecin généraliste aux troubles psychiques

La conceptualisation du psychisme a subi des transformations importantes depuis 150 ans. Plus loin nous résumons l'évolution des principaux modèles explicatifs en psychiatrie et en médecine somatique, notamment le passage du modèle bio-médical vers modèle bio-psycho-social, car ce dernier a permis de conceptualiser l'intégration des phénomènes psychiques dans l'approche somatique ; il constitue la base de la médecine comportementale et a l'avantage de contribuer à une terminologie commune permettant d'améliorer la communication entre MG et PSM.

Dans les cas où ce seuil de détection est (trop) élevé, le MG est susceptible de ne pas détecter des troubles identifiés par le CIDI, et de passer à côté du diagnostic correspondant, de faire une erreur de « faux négatif ». A l'inverse, si la sensibilité du généraliste aux aspects psychologiques de la consultation est importante, s'il pose des questions psychologiques à son patient, il est davantage susceptible de détecter des symptômes légers, ne remplissant pas les critères d'un trouble caractérisé, et de faire une erreur de « faux positif ». Ce biais s'exprime par un quotient arithmétique : le taux de diagnostic d'un trouble psychique divisé par le taux d'identification de ce trouble par le CIDI. Si ce rapport est inférieur à 1, il signe un biais négatif, un taux de détection par le MG inférieur à celui de la CIDI. Si le rapport est supérieur à 1, le biais est positif, le diagnostic de trouble psychique émis par le MG n'étant pas confirmé par le CIDI.

Il est intéressant de noter que statistiquement, dans une étude de très grande envergure comme l'étude de l'OMS (1995), les biais positifs et négatifs s'annulent : tous centres confondus, on observait autant de MG qui surévaluaient et qui sous-évaluaient la prévalence des troubles psychiques chez leurs patients.

La formation médicale initiale et continue à la psychopathologie agit sur le seuil de perception et la compréhension de ces troubles. Relativement peu formés dans ce domaine, les

médecins pourraient donc s'appuyer prioritairement sur les plaintes somatiques exprimées par le patient, ou sur l'invalidité fonctionnelle observable, au lieu de rechercher les constellations de signes et symptômes nécessaires pour caractériser et identifier un trouble selon une nosologie psychiatrique.

Jencks en 1985 montre que les MG utilisent peu voire très peu les instruments psychotechniques et détectent deux fois plus souvent la détresse psychique chez leurs patients adultes qu'ils n'établissent une hypothèse diagnostique psychiatrique. Cette étude tend donc à montrer que l'empathie, l'expérience clinique, la sollicitude du MG envers son patient, et une bonne connaissance des troubles somatiques permettent aux MG de percevoir l'existence d'un problème d'ordre psychique, sans pour autant l'identifier avec précision. Également, le médecin peut identifier comme trouble psychique une souffrance liée à un problème relationnel, comme par exemple un conflit de couple, alors qu'il n'existe pas de psychopathologie identifiée.

La détection de ces signes et symptômes psychopathologiques au cabinet médical repose donc sur différents éléments :

- Le contenu du discours du malade. Or, le discours du patient n'est généralement pas univoque : les mots utilisés ont des significations subjectives, différentes pour chacun (tristesse, fatigue, douleur...). Par ailleurs, la souffrance psychique ne constitue dans la plupart des cas pas la raison pour laquelle le patient est venu consulter (Motif de Consultation), mais doit être repérée, dégagée, identifiée, si possible diagnostiquée par le médecin (Résultat de Consultation). La demande explicite et le discours ouvert du patient ne participent donc que peu au processus diagnostique psychopathologique en soins primaires.

- L'observation clinique : comportement abattu ou agité, rapidité du débit verbal, posture globale, sudation, couleur de la peau, démarche... Or, les tableaux cliniques des psychopathologies sont rarement univoques. Ils comportent des constellations caractéristiques de symptômes physiologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux, mais la plupart de ces symptômes peuvent se retrouver dans des troubles différents. Une autre difficulté provient du caractère essentiellement subjectif de ces symptômes. Dans le cas d'une attaque panique, par exemple, les symptômes physiques subjectifs sont très handicapants : la personne expérimente une souffrance intense, est incapable de poursuivre ses activités et se retrouve fréquemment à faire appel aux services d'urgences, mais le seul paramètre objectif mesurable est la tension artérielle qui tend à augmenter.

- L'apport d'informations par l'entourage (famille, collègues, enseignants), souvent

indispensable, et qui exige du temps de consultation supplémentaire.

- L'utilisation, par le médecin généraliste, d'instruments psychotechniques validés. Bien que recommandée par de nombreuses publications, l'utilisation des instruments psychotechniques comme aide au processus diagnostique ne s'est pas généralisée chez les médecins généralistes.

Borowski, Rubenstein, Meredith, Camp, Jackson-Triche et Wells (2000) mettent en évidence que l'appartenance ethnique, le sexe, et la présence de troubles somatiques concomitants tendent à diminuer le taux de détection de troubles psychiques par le MG. Ce dernier facteur est particulièrement intéressant, car il montre toute la difficulté du médecin généraliste à détecter et identifier des psychopathologies dans un contexte de soins primaires centrés sur les plaintes somatiques. Sa formation est celle d'un somaticien, les plaintes exprimés par les patients sont essentiellement de nature somatique, et la comorbidité somato-psychique masque la nature ou la gravité des troubles psychiques.

Le médecin généraliste est donc renvoyé à ses propres moyens et va généralement s'appuyer sur ses capacités d'écoute, sur son expérience clinique et son empathie pour décoder, dans le discours et le comportement non-verbal du patient (mimiques, gestuelle, attitude corporelle...), les signes d'une éventuelle psychopathologie.

Les spécialistes en soins primaires sont indispensables pour prendre en charge de nombreux problèmes mentaux et neurologiques tant pour ce qui est de la prévention que du diagnostic et du traitement, mais moins de la moitié des malades dont l'état correspond aux critères de diagnostic des troubles mentaux et neurologiques sont reconnus par les médecins.

Globalement, les MG ne se sentent pas à l'aise pour établir ces diagnostics, pour proposer une psychothérapie ni pour adresser les patients à un PSM. De leur côté, les malades présentant un trouble psychique consultent dans la très grande majorité pour un problème d'ordre somatique, et n'évoquent pas spontanément les problèmes d'ordre psychique lors de la consultation.

1.10.2. Approches thérapeutiques des troubles mentaux en soins primaires

Les approches thérapeutiques des pathologies aussi diverses que le mal-être psychologique chronique, les phobies spécifiques déstabilisantes et souvent invalidantes et les traumatisants épisodes psychotiques aigus constituent un défi au quotidien pour les médecins généralistes (Andrews & Henderson, 2004). Selon les résultats de l'étude de l'OMS (1995), les

généralistes traitent 78% des cas de troubles psychiques qu'ils ont eux-mêmes identifiés. Les traitements les plus fréquents sont du *counseling* (52%), des médications sédatives (26,3%) et des médications anti-dépressives (15%). Le contenu du *counseling* est variable, allant d'une discussion des problèmes à une psychothérapie structurée de durée brève ou moyenne. Quand le praticien identifie un EDM :

- il prescrit un psychotrope dans 55,7 % des cas : dans 27% des cas un anxiolytique, dans 22 % des cas un antidépresseur, dans 2% des cas un antipsychotique, rarement un remède phytothérapeutique, un analgésique, des vitamines ou autres.

- le praticien propose d'autres formes thérapeutiques dans 61,8% des cas : dans presque 50% des cas, il s'agit d'un entretien clinique ou de *counseling*, dans 4,5% des cas d'aide pratique et/ou sociale, dans 15% des cas de l'envoi vers un professionnel paramédical notamment des infirmiers.

- dans 8,7% le médecin entreprend d'autres investigations somatiques, et dans 4,6% des cas d'autres traitements non-pharmacologiques, dont la psychothérapie. 16,7% des cas ne reçoivent aucun traitement.

Quand le praticien identifie un trouble anxieux :

- il prescrit un psychotrope de 57% des cas: dont 31% d'anxiolytiques et 21,4% d'antidépresseurs, 2,6% d'antipsychotiques et environ 20% d'autres drogues.

- un traitement non-médicamenteux est proposé dans 62,3% des cas : il s'agit de discussion/*counseling* dans 50% des cas, d'aide pratique et/ou sociale dans 4,2% des cas, dans 14% des cas le patient est adressé à un professionnel paramédical.

- dans 9,4% des cas d'autres investigations somatiques sont entreprises, et 4,2% des cas recevaient d'autres traitements non-pharmacologiques, dont la psychothérapie réalisée par le MG. 16,8% ne recevaient aucun traitement.

Quand le praticien identifie un trouble somatoforme :

- il prescrit un psychotrope dans 51,5% des cas, surtout des anxiolytiques (24%), des antidépresseurs (19%), rarement des antipsychotiques (1,9%) et dans 26% des cas vitamines, toniques, analgésiques, ou d'autres médicaments.

- un traitement non-médicamenteux est proposé dans 65,9% des cas: discussion/*counseling* dans 53% des cas, aide matérielle/sociale dans 5,7% des cas, dans 16,9% des cas le patient est adressé à un professionnel paramédical, dans 11,7% des cas d'autres investigations somatiques sont entrepris et 5,7% des patients reçoivent d'autres traitements non-pharmacologiques. 16,2% des patients ne reçoivent pas de traitement.

Tableau 4 : Approches thérapeutiques employées, en pourcentage de cas (Source : OMS, 1995)

Thérapeutique employée	EDM	Troubles	Trouble
		anxieux	somatoforme
Pharmacothérapie :	55,7	57	51,5
Antidépresseurs	22	21,4	19
Anxiolytiques	27	31	24
Neuroleptiques	2	2,6	1,9
Autre pharmacothérapie	0,1	20	26
Autres formes thérapeutiques :	61,8	62,3	65,9
Conseils, discussion, soutien, écoute	50	50	53
Aide pratique ou sociale	4,5	4,3	5,7
Envoi vers un professionnel paramédical, souvent un infirmier plus rarement un PSM	15	14	16,9
Investigations somatiques supplémentaires	8,7	9,4	11,7
Psychothérapie	4,6	4,2	5,7
Aucun traitement	16,7	16,8	16

La médication psychopharmacologique apparaît donc clairement comme la thérapie la plus fréquente : plus d'un patient sur 2 reçoit des psychotropes. Il n'y a pas de corrélation entre le type de molécule prescrite et le diagnostic clinique : des antidépresseurs sont prescrits autant aux patients avec un diagnostic de EDM, qu'à ceux avec un diagnostic de trouble anxieux ou de trouble somatoforme.

Le volume global de psychotropes prescrits par les médecins généralistes est donc très important. En France, le volume de psychotropes prescrit est significativement supérieur au chiffre attendu comparé autres pays Européens. Nous verrons plus loin quels sont les domaines de prescription principale, et les avantages et inconvénients de certaines de ces prescriptions sur le plan psychologique et médical.

Les psychothérapies ont prouvé leur efficacité depuis plusieurs dizaines d'années dans le traitement de nombreux troubles psychiques et contribuent à une baisse importante de la "consommation" en soins médicaux : déjà dans leur méta-analyse de 1984, Mumford et al. trouvent que 85% des études démontrent une baisse significative des consultations médicales après une psychothérapie et Cummins (1977) montre une réduction importante du recours aux services médicaux ainsi qu'une réduction des durées d'hospitalisation quand des psychothérapies même courtes sont proposées aux patients. Mais elles ne font que rarement partie des réponses thérapeutiques proposées par les MG.

De 1998 à 2000, Boardman et Henshaw (2004) étudient les besoins en soins psychiques d'adultes consultant leur médecin généraliste (les troubles psychotiques et troubles des apprentissages étaient exclus de l'étude). Un tiers des MG participant à cette étude avaient travaillé dans un service psychiatrique ou complété une formation complémentaire en psychiatrie. 27% des patients présentaient des symptômes significatifs remplissant les critères des troubles explorés selon le DSM IV TR (troubles dépressifs, troubles anxieux, ESPT, Troubles obsessionnels et compulsifs, abus de substances, troubles du comportement alimentaire) et nécessitaient des soins psychiques. L'objectif de l'étude était de déterminer si différentes réponses thérapeutiques considérées comme adaptées aux besoins étaient données de façon suffisante, partielle ou si elles n'avaient pas été données (par exemple : le médecin montre qu'il reconnaît l'existence d'une souffrance et offre réconfort et rassure le patient, le médecin prescrit une médication, il effectue du counselling, il conduit une thérapie de soutien, ou une thérapie cognitive et comportementale). Le terme TCC couvrait, pour les troubles dépressifs, une approche cognitive visant à aider le patient à identifier et modifier leurs distorsions cognitives et leurs biais négatifs, ainsi que des interventions comportementales comme le planning d'activités, un entraînement aux compétences sociales et à la résolution de problèmes et l'établissement d'objectifs progressifs. Pour les troubles anxieux, le terme TCC couvrait les mêmes approches avec, en plus, des thèmes spécifiques comme l'apprentissage de la relaxation, le contrôle de l'hyperventilation, et exposition graduelle.

Résultats de l'étude : des réponses thérapeutiques satisfaisantes n'étaient appliquées que dans environ 1 cas sur 4 ; les auteurs concluent que dans la clientèle des médecins généralistes il existe d'importants besoins de soins en matière de santé mentale qui restent sans traitement et estiment que la formation du personnel médical existant peut permettre de répondre au moins partiellement à ces besoins. D'après les auteurs, une augmentation de l'offre en psychothérapie ainsi qu'une meilleure collaboration avec les services spécialisés sont également indispensables.

Une autre étude menée auprès de la population finlandaise par Lehtinen et al. en 1990 montre que parmi les adultes de plus de 30 ans déclarant un besoin de soins psychiques ou qui étaient évalués comme présentant un trouble psychique, environ 60% ne recevaient aucun traitement et que pour la moitié de ceux qui recevaient un traitement, celui-ci était inadéquat. La situation était nettement meilleure pour les troubles psychotiques que pour les troubles névrotiques traités et était quasiment identique dans toutes les parties du pays.

Bebbington et al. ainsi que Tiemens et al. (cité dans Andrews & Anderson, 2004)

soutiennent que s'il est utile d'aider les médecins généralistes à augmenter leur taux de détection des EDM, par des formations adéquates, il s'en suit que des moyens thérapeutiques adéquats doivent également leur être fournis.

1.11. Résultats de notre enquête menée en 2012/2013 auprès de médecins généralistes français

Il existe relativement peu d'études, françaises ou internationales, sur les habitudes diagnostiques et thérapeutiques des MG dans le domaine des troubles mentaux. En 2013, nous avons mené une étude auprès d'un échantillon de MG français afin d'obtenir des données de terrain, concernant les habitudes de diagnostic et de prise en charge des psychopathologies par les médecins généralistes français, ainsi que les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent et de recueillir des données sur l'expérience de MG adressant des patients présentant des psychopathologies à un Professionnel de Santé Mentale pratiquant les TCC. Cette enquête avait trois objectifs :

- étudier les habitudes diagnostiques et thérapeutiques d'un échantillon de médecins généralistes français afin de les comparer aux données des publications internationales ;
- comparer les habitudes diagnostiques et thérapeutiques des MG déclarant de bonnes connaissances en TCC, à celles des MG avec peu ou pas de connaissances TCC afin de savoir si le fait d'avoir ou non des connaissances en TCC influe sur le comportement de diagnostic et de thérapeutique des MG face aux psychopathologies ;
- identifier d'éventuels besoins en formation médicale continue dans le domaine des troubles psychiques et de leur prise en charge au cabinet médical.

Déroulement de l'étude :

Pour une première enquête, un échantillon randomisé de 300 médecins généralistes français a été contacté par téléphone ou par email afin de participer à une enquête par questionnaires email.

Cette enquête comprenait 3 questionnaires:

- le premier comportait une quinzaine de vignettes cliniques : psychopathologie, trouble fonctionnel, addiction ou TCA, trouble du sommeil... accompagnées de questions fermées et ouvertes, sollicitant l'avis du MG : comment interprète-t-il les éléments verbaux (le discours du patient, les remarque des proches de celui-ci) et les autres signes et symptômes? Quelle est sa démarche diagnostique et thérapeutique habituelle?

- le second concernait le degré de satisfaction professionnelle,
- le troisième concernait les connaissances en psychopathologie, en psychologie ainsi que les connaissances en TCC

Sur les 200 médecins ayant répondu favorablement à la demande de participation, seul 9 ont renvoyé les questionnaires remplis. Parmi les non-répondants, la plupart expliquaient que leur emploi du temps au cabinet médical libéral les oblige à compter chaque minute, et qu'il leur paraissait irréaliste de consacrer plus de 10 minutes à une enquête écrite, même s'ils étaient intéressés par le sujet.

Population, matériel et méthodes

Une deuxième enquête a donc été conçue. En 2012-2013, un questionnaire bref d'une douzaine de questions, accompagné d'une lettre présentant l'enquête (Annexe 3), a été envoyé par email à un nouvel échantillon de 1 400 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine.

Ce questionnaire anonyme comportait une douzaine de questions concernant

- l'estimation, par le MG, de la prévalence de différents types de pathologies parmi leur patientèle

- ses habitudes de prescription de psychotropes dans ces différentes pathologies

- une auto-évaluation par les MG du degré de leurs connaissances en TCC

- l'année d'obtention du diplôme de médecine générale

- les formations médicales supplémentaires

- les moyens diagnostiques le plus souvent employés pour les problèmes d'ordre psychologique ou affectif (questionnaires, DSM IV ou CIM10, entretien clinique)

- la fréquence à laquelle le MG adresse à un PSM, un patient chez qui il a détecté un trouble psychique

- la fréquence à laquelle le MG adresserait un patient à un PSM pour une psychothérapie si un tel soin était remboursé ?

26 MG ont renvoyé les questionnaires remplis. Se limiter à une étude quantitative avec une si faible population n'aurait pas eu de sens ; nous avons donc choisi de recentrer l'étude sur des aspects qualitatifs, et de l'associer à une enquête par entretiens semi-directifs avec 10 MG travaillant en collaboration avec des PSM spécialisés en TCC, concernant leurs expériences dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiques

Résultats des 26 questionnaires renvoyés :

Question 1: « Parmi vos patients, à combien estimez vous le pourcentage qui présente chacun des troubles suivants? »

A : des pathologies purement somatiques

La moitié des MG estiment que les pathologies purement somatiques, c'est à dire ne comportant pas une composante psycho-sociale majeure, constituent 40 % ou plus des résultats de consultation. 1 MG sur 5 estime la prévalence des pathologies purement somatiques à moins de 20 %. Cela peut s'expliquer par des formes d'exercice particuliers, ou par une attention portée aux problèmes non-somatiques associés.

Ce résultat montre que la moitié des MG répondants portent leur attention prioritairement aux aspects physiologiques et biologiques des troubles dont leur patient fait état, ce qui est cohérent avec leur formation qui les conditionne à chercher en premier lieu à établir une hypothèse diagnostique somatique argumentée.

20% de notre échantillon par contre se rapproche du résultat de l'étude de Kroenke et Mangelsdorff (1989) qui ont suivi un panel de patients consultant pour les problèmes les plus fréquents en soins primaires (douleurs thoraciques, fatigue, vertiges, céphalées, oedèmes, dorsalgies, difficultés respiratoires, insomnie, douleurs abdominales et engourdissements). Après un an de suivi, il s'avérait que seuls 15% de ces plaintes étaient dues clairement à des causes biologiques. Gunn et Blount (2009) concluent de ces résultats que le rôle joué par les difficultés psychosociales dans la pathogénèse des problèmes médicaux rencontrés en soins primaires est bien plus important que ce qu'on pensait jusqu'ici.

B : des pathologies dites fonctionnelles

Les pathologies fonctionnelles sont estimées relativement peu fréquentes par nos participants : presque la moitié des MG interrogés estime leur prévalence à moins de 20%. Cela paraît sous-évalué au regard des résultats d'études internationales. Par exemple, l'étude de Robinson et Reiter (2007) met en évidence l'impact significatif du stress dans des pathologies somatiques comme le colon irritable, les céphalées de tension, l'insomnie et les douleurs non-spécifiques chroniques

C : des troubles psychiques

Pour un tiers des MG, leur estimation de la prévalence des psychopathologies parmi leurs patients correspond aux statistiques internationales (environ 1 patient sur 3). Deux tiers des MG estiment cette prévalence à moins de 1 patient sur 5.

Ce résultat confirme les études concluant globalement à un sous-diagnostic des psychopathologies par les MG.

D : des troubles du comportement alimentaire et des addictions

4 MG sur 5 estiment que moins de 20% de leurs consultations concernent un problème d'usage problématique de substances (tous produits confondus) ou un trouble du comportement alimentaire. Des études épidémiologiques récentes relèvent des prévalences de 3 à 4 % en population générale pour la boulimie pris ensemble, et de 1,5% pour l'anorexie mentale avec une forte prédominance féminine (Fombonne, 1995).

Les addictions aux substances regroupent l'usage régulier problématique

- d'alcool - qui concernait 8,9% de la population française ;
- de tabac - concernant environ 15% de la population française, avec des chiffres contrastés en fonction de la tranche de population étudiée ;
- de drogues illicites (cannabis, cocaïne, opiacés et ecstasy) concernant environ 3,5 % de la population (Observatoire Français Drogues et Toxicomanies, 2002) ;
- de psychotropes. L'étude INSERM (2012) montre qu'en population générale, 18% des personnes interrogées ont consommé un psychotrope dans l'année écoulée et que parmi les sujets atteints de troubles psychiatriques, suivis en médecine générale, une personne sur 2 serait dépendante aux benzodiazépines. Il existe une forte prédominance féminine. L'usage des anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques situe la France à première place comparée à 5 autres pays européens, alors qu'elle se situe très loin derrière les autres pays en ce qui concerne l'usage de psychostimulants et de substituant aux opiacées.

E : des troubles du sommeil

5 MG sur 6 considèrent la fréquence des Troubles du sommeil dans leurs consultations comme étant inférieure à 20%.

Selon Ohayon (2007), les plaintes pour insuffisance de sommeil concernent 20-40%, celles pour excès de sommeil entre 4 et 9% de la population.

F : des comorbidités de troubles psychiques et somatiques

Un MG sur 4 estime que les comorbidités (psychiques et somato-psychiques) concernent moins de 20% des patients, 1 sur 4 estime qu'elles concernent plus de 40% des patients, et environ la moitié des MG donne une estimation entre 20 et 40%.

L'estimation de nos répondants se situe dans une fourchette basse par rapport aux données publiées qui évaluent la fréquence des comorbidités psychiques et somato-psychiques entre 60 et 85% (Gunn & Blount, 2009).

Question 2: « Dans ces différentes indications, à combien estimez vous le pourcentage de cas où vous prescrivez une médication psychotrope? »

A : les troubles somatiques purs

La grande majorité des répondants (88%) prescrit rarement des psychotropes (moins de 20% des cas) dans cette indication

B : les pathologies fonctionnelles,

Seul 1 MG sur 6 dit prescrire des psychotropes dans plus de 40% des cas alors qu'ils sont souvent considérés comme comportant une composante psychologique, notamment par le biais des symptômes physiologiques du stress (Robinson & Reiter, 2007).

C : Troubles psychiques

Dans cette indication, 1 MG sur 2 dit prescrire dans 50 % des cas ou plus ; mais 1 MG sur 4 dit prescrire des psychotropes dans moins de 20% des cas.

D : Troubles du comportement alimentaire et abus de substances

On observe des tendances contrastées : la moitié des MG prescrit dans moins de 20% des cas, et un bon tiers dans plus de 40% des cas. Des résultats contrastés de la prise en charge des TCA et addictions : estimations de fréquence et prescription de psychotropes aux deux extrémités de l'échelle de valeurs. Certains praticiens estimant la fréquence très basse et prescrivant de façon quasi-systématique et inversement. Les deux MG en recevant un nombre élevé ont des formations spécifiques (addictologie, nutrition) on peut supposer qu'ils ont des exercices spécifiques. Leurs comportements de prescription de PT divergent: l'un prescrit toujours (9 fois sur 10 et l'autre jamais : 5 fois sur 100). De même pour les troubles du sommeil : parmi les 19 praticiens qui estiment leur fréquence à 10% ou moins, 9 prescrivent de façon quasi systématique (70% des cas ou plus).

E : Troubles du sommeil

La prise en charge des troubles du sommeil, par contre, est plus volontiers pharmacologique : environ la moitié prescrit dans plus de 40% des cas, 1 participant sur 4 prescrit un psychotrope à moins de 20% des cas

F : Comorbidités de troubles psychiques et somatiques

Dans cette indication, un tiers des MG interrogés prescrit un psychotrope dans moins de 20% des cas, mais presque la moitié prescrit dans plus de 40% des cas.

Résumé : Les habitudes diagnostiques et thérapeutiques de nos répondants face aux troubles psychiques correspondent dans l'ensemble aux données publiées:

- sous-estimation de la prévalence des psycho-pathologies dans les résultats de consultation
- les MG ont tendance à plutôt sous-évaluer la fréquence des troubles addictifs et des TCA dans leur clientèle.

Question 3: Outils diagnostiques habituellement utilisés pour diagnostiquer les troubles psychiques

65% (n = 17) utilisent l'entretien clinique seul, 35% (n = 9) utilisent l'entretien clinique plus des instruments diagnostiques supplémentaires. Pour poser une hypothèse diagnostique d'un trouble psychopathologique chez leurs patients, 2 MG sur 3 se réfèrent uniquement à leur expérience et leur sensibilité clinique

Question 4: Nombre de patients envoyés vers un Professionnel de santé mentale (PSM) pour psychothérapie

Les deux tiers des MG adressent moins de cinq patients par mois en psychothérapie, un tiers adresse plus de cinq patients par mois.

Un MG voit en moyenne 25 à 30 patients par jour, environ 130 par semaine, plus de 500 par mois, dont statistiquement 120 personnes avec un trouble psychique caractérisé (Olfson et al, 1997). 89% des MG adressent au maximum 10 % de ces patients en psychothérapie, alors que les recommandations de l'ANAES préconisent une approche psychothérapeutique et pharmacothérapeutique combinée.

Question 5: Nombre estimé de patients que les MG adresseraient si les psychothérapies bénéficiaient d'une prise en charge par la CNAM?

La moitié d'entre eux adresseraient 0 à 5 patients, 15% entre 5 et 10, 34% adresseraient plus de 10 patients par mois. Le faible recours à la psychothérapie par les MG est co-déterminé par les motifs financiers : le nombre de MG qui adresseraient plus de 10 patients par mois en psychothérapie est multiplié par trois dans l'hypothèse d'une prise en charge par la CNAM. Mais l'absence de remboursement n'est pas le seul, ni le principal frein : globalement, dans notre échantillon, un MG sur deux ne modifierait pas son protocole de traitement dans l'hypothèse d'un tel remboursement.

Question 6 : Connaissez-vous les Thérapies Comportementales ?

17 praticiens déclarent connaître peu ou pas du tout les concepts et techniques cognitives et comportementales.

9 praticiens déclarent de bonnes connaissances dans ce domaine, connaissances acquises individuellement ou en suivant une formation post-doctorale spécifique.

Tableau 5 : Comparaison entre le groupe des médecins généralistes déclarant de bonnes connaissances en TCC (groupe 1, n = 9) et celui déclarant de faibles connaissances en TCC (groupe 2, n = 16) sur le plan de l'Estimation de Prévalence de différents résultats de consultation (RdC).

Prévalence estimée	Groupe 1		Groupe 2		χ^2	dl
	n = 9		n = 16			
Pathologies somatiques pures					4,02	
< 25%	4	50 %	2	12,5 %		
entre 25 et 35%	1	13 %	4	25 %		
> 35%	3	38 %	10	62,5 %		
Total	8	100 %	16	100 %		
Pathologies dites fonctionnelles					3,17	2
< 25%	6	75 %	8	50 %		
entre 25 et 35%	2	25 %	3	18,75 %		
> 35%	0	0 %	5	31,25 %		
Psychopathologies					2,46	2
< 25%	6	75 %	15	93,75 %		
entre 25 et 35%	1	13 %	1	6,25 %		
> 35%	1	13 %	0	0 %		
TCA, addictions					4,36	1
< 25%	6	75 %	16	100 %		
entre 25 et 35%	0	0 %	0	0 %		
> 35%	2	25 %	0	0 %		
Troubles du sommeil					1,09	1
< 25%	8	100 %	14	87,5 %		
entre 25 et 35%	0	0 %	2	12,5 %		
> 35%	0	0 %	0	0 %		
Associations de pathologies					0,63	2
< 25%	4	44 %	6	37,5 %		
entre 25 et 35%	2	22 %	6	37,5 %		
> 35%	3	33 %	4	25 %		

En réponse à la **question A** « À combien estimez vous le pourcentage de pathologies purement somatiques parmi vos Résultats de Consultation ? », 4 praticiens (50%) du groupe 1 et 2 (12%) du groupe 2 l'évaluent inférieur à 25%; 1 praticien du gr.1 et 4 du gr.2 l'évaluent entre 25 et 35% ; 3 praticiens (37%) du gr.1, et 10 praticiens du gr.2 (62%) l'évaluent supérieur à 35%. La différence entre les deux groupes n'est pas significative ($\chi^2 = 4,02$; $p >$

0,05).

Dans notre échantillon, la perception de la prévalence des pathologies purement somatiques n'est donc pas associée aux connaissances en TCC.

En réponse à la **question B**, « À combien estimez vous le pourcentage de pathologies dites fonctionnelles parmi vos Résultats de Consultation ? » 6 praticiens (75%) du gr.1 et 8 (50%) du gr.2 l'évaluent inférieur à 25%, 2 praticiens (25%) du gr.1 et 3 (19%) du gr.2 l'évaluent entre 25 et 35%, et 5 du gr.2 (31,5%) l'évaluent supérieur à 35%. Il n'existe pas de différence significative

($\chi^2 = 3,17$; $p > 0,05$) entre les deux groupes, les connaissances en TCC ne sont pas associés à la perception de la fréquence des pathologies dites fonctionnelles.

En réponse à la **question C** « À combien estimez vous le pourcentage de troubles psychiques parmi vos Résultats de Consultation ? », la grande majorité des praticiens, à savoir 6 (75%) du gr.1 et 15 (94%) du gr.2 l'évaluent inférieur à 25%. ($\chi^2 = 2,46$; $p > 0,05$). Dans notre échantillon les connaissances en TCC ne sont pas associées à la perception de la prévalence des psychopathologies en pratique médicale quotidienne.

Concernant la **question D** « À combien estimez vous le pourcentage de troubles du comportement alimentaire et des addictions parmi vos Résultats de Consultation ? », 6 praticiens (75%) du gr.1, et 16 (100%) du gr.2 l'estiment inférieur à 25%. ($\chi^2 = 4,36$; $p < 0,05$). Dans notre échantillon on observe donc une association entre les connaissances en TCC et la perception de la prévalence des troubles du comportement alimentaire et des addictions.

En réponse à la **question E** « À combien estimez vous le pourcentage de troubles du sommeil parmi vos Résultats de Consultation ? », 8 répondants (100%) du gr.1 et 14 (87%) du gr.2 en estiment la fréquence à moins de 25%. Seuls 2 praticiens, appartenant au groupe 2 (12,5%), l'estiment entre 25 et 35%. ($\chi^2 = 1,09$; $p > 0,05$). Dans notre échantillon il n'existe pas d'association entre les connaissances en TCC et la perception de la prévalence des troubles du sommeil en pratique médicale quotidienne.

En réponse à la **question F** « À combien estimez vous le pourcentage d'associations de troubles psychiques parmi vos Résultats de Consultation ? », 4 praticiens (44%) du gr.1 et 6 praticiens (37,5%) du gr.2 l'estiment inférieur à 25%, 2 praticiens (22%) du gr.1 et 6 (37,5%) du gr.2 l'estiment entre 25 et 35%, et 3 praticiens (33%) du gr.1 et 4 (25%) du gr.2 l'estiment

supérieur à 35%. ($\chi^2 = 0,63$; $p > 0,05$) Il n'existe donc pas d'association entre les connaissances en TCC et l'estimation de la prévalence des comorbidités.

Tableau 6 : Comparaison entre le groupe des médecins généralistes déclarant de bonnes connaissances en TCC (groupe 1, n = 9) et celui des médecins généralistes déclarant de faibles connaissances en TCC (groupe 2, n = 16) sur le plan des habitudes de prescription de psychotropes dans les pathologies.

Fréquence estimée prescription de psychotropes	groupe 1 n = 9		groupe 2 n = 16		χ^2	dl
dans les différentes pathologies					0,52	1
Pathologies somatiques pures						
< 25%	4	50 %	2	12,5 %		
entre 25 et 35%	1	12,5 %	4	25 %		
> 35%	3	37,5 %	10	62,5 %		
	8	100 %	16	100 %		
Pathologies dites fonctionnelles					0,73	2
< 25%	6	75 %	8	50 %		
entre 25 et 35%	2	25 %	3	18,75 %		
> 35%	0	0 %	5	31,25 %		
Psychopathologies					1,17	2
< 25%	6	75 %	15	93,75 %		
entre 25 et 35%	1	12,5 %	1	6,25 %		
> 35%	1	12,5 %	0	0 %		
TCA, Addictions					1,37	1
< 25%	6	75 %	16	100 %		
entre 25 et 35%	0	0 %	0	0 %		
> 35%	2	25 %	0	0 %		
Troubles du sommeil					1,06	2
< 25%	8	100 %	14	87,5 %		
entre 25 et 35%	0	0 %	2	12,5 %		
> 35%	0	0 %	0	0 %		
Associations de pathologies					0,00	1
< 25%	4	44,4 %	6	37,5 %		1
entre 25 et 35%	2	22,2 %	6	37,5 %		
> 35%	3	33,3 %	4	25 %		

En réponse à la **question 1** « À quelle fréquence estimez vous prescrire des médicaments psychotropes pour les maladies purement somatiques? » la quasi-totalité des participants à savoir 8 praticiens (100%) du gr.1 et 15 (94%) du gr.2 estiment leur taux de prescription de psychotropes inférieur à 25% dans cette indication. La différence entre les deux groupes n'est pas significative ($\chi^2 = 0,52$; $p > 0,05$), dans notre échantillon les connaissances en TCC ne sont pas associées au comportement de prescription.

En réponse à la **question 2** « À quelle fréquence estimez vous prescrire des médicaments psychotropes pour les pathologies dites fonctionnelles? », une majorité des praticiens disent prescrire dans moins de 25% des cas : 7 participants du gr.1 (87,5%), 12 du gr. 2 (75%). 1 praticien du gr.2 (6%) prescrit dans 25-35% des cas, 1 praticien du gr.1 et 3 du gr.2 prescrivent dans plus de 35% des cas dans cette indication. On n'observe pas d'association entre les connaissances en TCC et les habitudes de prescription de psychotropes ($\chi^2 = 0,73$; $p > 0,05$).

En réponse à la **question 3** « À quelle fréquence estimez vous prescrire des médicaments psychotropes pour les troubles psychiques? », 3 praticiens du gr.1 (37,5%) et 5 du gr.2 (33%) indiquent qu'ils prescrivent des psychotropes dans moins de 25% des cas de psychopathologies, 2 praticiens du gr.2 (13%) dans 25 à 35% des cas, 5 praticiens du gr.1 (62,5%) et 8 (53%) dans plus de 35% des cas.

Dans notre échantillon, les comportements de prescription ne sont pas associées aux connaissances en TCC ($\chi^2 = 1,17$; $df = 2$; $p > 0,05$)

En réponse à la **question 4** « À quelle fréquence estimez vous prescrire des médicaments psychotropes pour les troubles du comportement alimentaire et les addictions », 6 praticiens du gr.1 (75%) et 8 praticiens du gr.2 (50%) estiment prescrire des psychotropes dans moins de 25% des cas, et 2 du gr.1 (25%) et 8 du gr.2 prescrivent dans plus de 35% des cas.

Dans notre échantillon, les habitudes de prescription de psychotropes dans les troubles du sommeil ne sont pas reliés aux connaissances en TCC ($\chi^2 = 1,37$; $p > 0,05$)

En réponse à la **question 5** « À quelle fréquence estimez vous prescrire des médicaments psychotropes pour les troubles du sommeil », 3 praticiens de notre gr.1 (37,5%) et 8 du gr.2 (50%) indiquent qu'ils prescrivent des psychotropes dans moins de 25% des cas, 1 praticien du gr.2 les prescrit entre 25 et 35% des cas. 5 du gr.1 (62,5%) et 7 du gr.2 (43%) les prescrivent dans plus de 35% des cas. Il n'y a pas d'association entre les connaissances en TCC et les habitudes de prescription ($\chi^2 = 1,06$; $p > 0,05$).

En réponse à la **question 6** « À quelle fréquence estimez vous prescrire des médicaments psychotropes pour les associations de pathologies », les réponses se regroupent selon deux tendances bien distinctes: 50% des praticiens du gr.1 et du gr.2 prescrivent dans

moins de 25% des cas dans cette indication, et 50% prescrivent dans plus de 35% des cas. Il n'y a pas de corrélation significative entre les connaissances en TCC et les habitudes de prescription, la distribution étant identique dans les deux groupes ($\chi^2 = 0$; $p > 0,05$) Il n'y a donc aucune association entre les connaissances en TCC et les habitudes de prescription dans cette indication

Conclusion :

Notre enquête confirme les chiffres publiés:

- les instruments psychotechniques validés sont peu utilisés par les MG
- l'estimation de la prévalence des troubles mentaux est en-dessous des prévalences réelles telles qu'elles ressortent des publications internationales
- le traitement est axé sur les psychotropes, les MG incluent peu de psychothérapie spécifique dans leur offre de soins.
- chez nos participants, les connaissances en TCC n'influent pas de façon significative sur les habitudes diagnostiques et thérapeutiques dans le domaine des troubles mentaux.

Résumé :

Les troubles mentaux présentent une prévalence importante, et leur fréquence en résultats de consultation en soins primaires est estimée entre 25 et 30%, induisant des coûts directs et indirects élevés et des répercussions sur bien-être subjectif du malade et de son entourage. Les personnes avec troubles psychiques constituent une part importante des consultants en soins primaires, principalement les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Les moyens investis par les Etats pour la prise en charge des troubles psychiques sont disproportionnellement faibles dans tous les pays. La prise en charge est réalisée principalement par les MG et non par les PSM. Les patients souffrant de troubles psychiques et consultant en soins primaires viennent la plupart du temps directement vers leur médecin généraliste. Le motif de consultation qu'ils expriment n'est pas un problème d'ordre psychologique ou relationnel, mais une plainte somatique. La grande majorité des patients souffrant d'un trouble psychique ne consulte pas pour cela mais pour un problème d'ordre somatique. La probabilité qu'un trouble psychique soit diagnostiqué par le médecin généraliste est supérieure dans un système de soins "personnalisé", mais reste modérée (environ 1 cas sur 2). Une fois un trouble psychique diagnostiqué, le généraliste en discute avec le patient, et prescrit des psychotropes dans 1 cas sur 2. Une psychothérapie est rarement proposée. Le type de traitement proposé ou prescrit présente peu de relation avec le

diagnostic psychopathologique posé. Les prises en charge répondent à environ la moitié des besoins : 50% des patients présentant un trouble d'ordre psychopathologique caractérisé, quel qu'il soit, ne reçoivent pas de traitement. Pour les 50% des patients traités, le traitement est souvent sans rapport avec le diagnostic et/ou avec les recommandations issues de la recherche.

La prise en charge des troubles psychiques au cabinet de médecine générale est compliquée par le fait que d'une part les patients présentent des motifs de consultation et des demandes de soins d'ordre somatique et que d'autre part les médecins ne se sentent pas suffisamment formés dans le domaine psychiatrique et hésitent de poser des diagnostics psychiatriques, qu'ils manquent de temps et qu'ils craignent que les patients refusent le diagnostic et la prise en charge par des PSM. Comme le souligne Gallais (2004), les facteurs limitants relèvent donc des deux protagonistes de la situation de soins primaires. Le patient utilise les plaintes somatiques comme "ticket d'accès" au système de soins et cherche une solution rassurante. Il pense que les questions touchant au domaine psychologique ne relèvent pas du rôle du médecin ou que ce dernier ne possède pas de moyen d'action. Le médecin de son côté apparaît limité par le facteur temps, ses aptitudes à communiquer et des réticences à aborder en détail les problèmes psychologiques.. La non-lisibilité des approches non pharmacologiques et une culture commune limitée « psychiatrie/médecine générale » renforcent ces tendances.

Ce qui renvoie à la place très spécifique du MG dans le système de santé : premier interlocuteur des malades, il doit accueillir, évaluer, prendre en charge ou orienter vers des services spécialisés un très grand nombre de malades, le plus rapidement et de la façon la moins onéreuse possible. Le facteur « temps » et le manque de temps deviennent ainsi un élément-clé pour les MG et les problèmes psychiques nécessitent beaucoup de temps d'écoute, d'évaluation et de réflexion, en raison de la nature subjective, non-matérialisable des signes et symptômes ainsi que des nombreuses comorbidités qui rendent chaque cas clinique unique.

La deuxième partie de notre travail abordera donc les questions suivantes:

Comment les MG se sont-ils trouvés en première ligne de la prise en charge des troubles mentaux ? À quels concepts théoriques approches psychothérapeutiques ont-ils recours ? Quel est le profil de leur formation dans ce domaine ?

Partie 2 : Aspects de la prise en charge des psychopathologies en soins primaires : démarche diagnostique, traitement, relation thérapeutique

Introduction :

La prévalence de troubles psychiques dans toutes les tranches d'âge et tous les groupes socio-professionnels en fait un élément central de la pratique du médecin généraliste libéral (Gallais & Alby, 2002). Chez l'adulte, les troubles les plus fréquents sont les troubles de l'humeur notamment les états dépressifs, les troubles anxieux et l'usage problématique d'alcool, chez l'enfant, nous retrouvons les troubles déficitaires de l'attention et les troubles du comportement.

Ces troubles ont des présentations cliniques extrêmement variés, impactent l'état de santé somatique du patient ainsi que la relation médecin-malade et donnent lieu à des demandes très diverses de la part des patients, sur un continuum allant du normal au pathologique.

Comme nous l'avons vu, sur 10 patients vus en soins primaires et qui présentent un trouble psychique identifié, moins d'un va mentionner une souffrance d'ordre psychique lors de la consultation ; soit les patients n'ont pas conscience de leur souffrance psychique, soit ils mettent en avant des plaintes somatiques pour lesquelles le médecin ne retrouvera aucune cause physiologique précise. L'écart entre motif de consultation et résultat de consultation est donc un facteur particulièrement important dans la prise en charge des troubles psychiques en soins primaires.

Comment les médecins généralistes se sont-ils retrouvés en première ligne de la prise en charge de ces troubles?

2.1. Historique de la prise en charge des troubles mentaux : de l'hospitalisation aux soins communautaires

Historiquement, au cours des cent cinquante dernières années on assiste à une importante évolution de la nosographie, la conceptualisation des mécanismes étio-

pathogéniques ainsi que de la prise en charge médicale des troubles psychopathologiques dans les pays industrialisés.

Au tout début du 19^{ème} siècle, les troubles psychiques ne relevaient pas encore de la médecine mais donnaient lieu à l'intervention des instances religieuses et des autorités locales. Dès les décennies suivantes, le modèle bio-médical supplante assez rapidement les concepts religieux et l'approche sécuritaire imposée par les autorités civiles (Shorter, 1994) ce qui entraînera des innovations durables dans l'organisation des soins. Un système de santé mentale basé de plus en plus sur le modèle bio-médical implique une approche multidisciplinaire du patient, où les admissions en soins psychiatriques stationnaires ont un objectif clairement thérapeutique – et non plus un objectif de contention, de réclusion et de maintien de l'ordre – et où sont dispensées des thérapies psychopharmacologiques et psychothérapeutiques efficaces. Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, la psychiatrie institutionnelle se développe fortement en Europe (Porter & Wright, 2003), avec la mise en place d'un réseau structuré d'institutions psychiatriques et la création de sanatoriums et de spas privés, à vocation initialement médicale mais qui sont en réalité spécialisés dans les affections d'ordre neurologique et psychique (Teleki et al. 1985 ; Simon, 1954) et qui accueillent les patients appartenant aux couches sociales aisées.

En l'absence de prises en charge de proximité des troubles psychiques, l'admission dans un asile ou un sanatorium spécialisé constituait alors le traitement « de pointe » pour des malades souffrant de troubles psychiques graves à moyens, et permettait globalement une amélioration par rapport à l'exclusion sociale et l'absence de soins auparavant courantes, notamment dans les campagnes. Mais il n'existait pas d'intégration verticale dans le système de soins global, ni d'organisation horizontale permettant une prise en charge multidisciplinaire : à la sortie d'une hospitalisation, les malades ne trouvaient pas de prise en charge structurée et se retrouvaient de nouveau livrés à eux-mêmes, aux soins de leur famille et/ou sous la surveillance du médecin de famille.

À partir de la fin de la 2^{ème} guerre mondiale et jusqu'au début années 1970, le nombre de lits psychiatriques en institution continue d'augmenter en Europe, et les soins de proximité se développent en parallèle, grâce notamment à l'apparition des premières médications psychotropes efficaces. Les traitements chimiothérapeutiques prennent une place importante dans la thérapeutique psychiatrique et contribuent de façon essentielle à une évolution profonde dans la prise en charge des malades mentaux.

L'ère du traitement chimiothérapeutique des psychopathologies débute en 1952 avec l'introduction de la chlorpromazine (*Largactil*®) et se poursuit avec les anti-dépresseurs qui ont pris une importance de plus en plus grande dans la thérapeutique psychiatrique depuis 1957, date de l'emploi des premiers d'entre eux, l'Imipramine® par Kuhn et l'Iproniazide® par Kline.

La possibilité de modifier rapidement des symptômes graves comme les états d'agitation, les états catatoniques, les grands accès dépressifs, les processus délirants, autrefois peu accessibles aux thérapeutiques, a entraîné une amélioration des conditions d'hospitalisation des malades en épisode aigu, et permis de nouveaux modes d'assistance aux malades chroniques : meilleure réinsertion dans le milieu familial et socio-professionnel, diminution des temps d'hospitalisation.

Les traitements chimiothérapeutiques, en atténuant l'aspect souvent dramatique et impressionnant des symptômes psychiatriques aigus, contribuent également à modifier les relations des malades mentaux avec leur entourage : cette atténuation des attitudes de rejet concerne aussi le personnel soignant, conscient de disposer en toutes circonstances et particulièrement devant un épisode aigu de moyens d'assistance rapides et efficaces.

Cette « maîtrise » nouvelle des symptômes psychiatriques hors institution fermée va être un élément essentiel pour l'intégration des soins psychiques dans les soins de ville : on assiste à une augmentation importante des cabinets libéraux de psychiatres et de psychologues, au développement de l'hospitalisation de jour et à l'organisation de suivis externes dans la plupart des hôpitaux psychiatriques.

Sous l'impulsion d'un programme à long terme mis en place par l'Office Régional de l'Europe de l'OMS (1970), la structuration verticale et horizontale du système de santé mentale européen se poursuit, avec un passage plus souple, pour les malades, entre hospitalisation et prise en charge de proximité. Les soins de proximité se structurent grâce à la sectorisation et à la collaboration entre médecins généralistes et Professionnels de Santé Mentale appartenant à des spécialités différentes (psychiatres, neurologues, psychologues et neuropsychologues, psychothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens....). Des centaines de milliers de lits en institution psychiatriques

disparaissent, au profit de cette nouvelle politique de santé qui consiste à privilégier une intégration des soins psychiques dans le système des soins communautaires.

La désinstitutionnalisation psychiatrique se fait sous l'impulsion de deux courants théoriques divergents en psychiatrie :

- le courant de la psychiatrie biologique qui voit les causes des troubles psychiques dans des dérèglements neuro-biochimiques et des altérations anatomiques structurelles et privilégie la thérapie pharmacologique,

- le courant des soins communautaires, qui cherche plutôt des étiologies plurifactorielles, mettant l'accent sur l'importance d'une prise en charge intégrée, incluant un travail d'équipe et la prise en compte de l'environnement familial dans la thérapie.

Des équipes de PSM s'installent en-dehors des institutions psychiatriques, mais la prise en charge des troubles psychiques reste centrée sur l'approche médicale, notamment par pharmacothérapie, électroconvulsothérapie et, dans une moindre mesure, la neurochirurgie à visée psychiatrique. La pharmacothérapie devient la thérapie prédominante, largement plus employée que la psychothérapie – aux Etats Unis par exemple, le pourcentage de patients dépressifs consultant en médecine de ville traités par des médicaments est passé de 44,7 en 1985 à 79,4 en 1997 (Olfson et al, 2002) – et l'emploi des phénothiazines-dépôt a facilité l'intégration des patients schizophrènes dans la vie communautaire. L'emploi de la neurochirurgie à visée psychique régresse considérablement, notamment les dissections des voies conductrices au niveau du corps calleux, ou lobotomies. Le recours aux techniques psychothérapeutiques reste peu développé.

Mais ce n'est pas l'évolution des psychotropes qui a, à elle-seule, déterminé le passage d'une prise en charge institutionnelle vers des soins de proximité : l'intégration des soins psychiques dans les soins primaires s'avère donner globalement de meilleurs résultats . Certains auteurs (Rössler et al., 1994) voient dans la diminution de la durée moyenne des hospitalisations psychiatriques un indicateur fiable de la modernisation des soins psychiques, car des séjours plus courts vont habituellement de pair avec des efforts thérapeutiques plus importants pour aider le patient à s'adapter à son environnement au sein de sa communauté.

Cette évolution pose le problème du suivi des malades, rendu encore plus difficile dans les cas de précarité sociale, et met encore davantage en relief le rôle primordial du MG dans

ces prises en charge. La problématique était d'intégrer, dans le cadre des soins primaires, la dimension psychologique et psychopathologique dans le diagnostic et le traitement : les spécificités du métier de médecin généraliste doivent être prises en compte pour mieux comprendre ce défi auquel se trouvent confrontés les MG

2.2. Spécificités de l'exercice médical en soins primaires

Depuis la première formulation officielle du rôle et des compétences spécifiques du MG à Leeuwenhorst aux Pays Bas en 1974, 15 référentiels des compétences professionnelles successifs, dont 4 français, se sont fixés pour objectif de définir les spécificités du rôle des soins primaires, donc de la médecine générale ou familiale, par rapport aux soins spécialisés ou médecine d'organes (Frappé, Attali & Matillon, 2010). Parmi les référentiel internationaux, on peut citer les travaux de Taylor aux Etats Unis, et le texte WONCA en Europe ; en France, la place du MG dans le système de soins a tardé à être clairement définie, le premier référentiel national français datant de 1996.

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale est créé en 2004 avec pour conséquence une meilleure valorisation professionnelle et une formation médicale initiale mieux ciblée sur les spécificités des soins primaires. La FMI en médecine générale est en continuelle amélioration depuis.

Une présentation complète des ouvrages sur les spécificités de l'exercice de médecine générale se trouve chez Kandel, Bousquet et Chouilly (2015). Les points suivants forment un actuellement un consensus international (Wonca, 2005) :

Le médecin généraliste organise des soins primaires.

Le cabinet de médecine générale constitue le premier maillon de la chaîne de prise en charge des pathologies. L'accès au médecin généraliste est facile, et il accueille tout type de patients et tout type de pathologies. Le MG voit donc un nombre important de patients chaque jour, ce qui entraîne une durée de consultation courte (en moyenne moins de 15 minutes).

Le médecin généraliste coordonne les soins et communique avec les autres acteurs du système de santé.

Le médecin généraliste possède des compétences spécifiques.

Il s'agit d'une médecine basée sur des concepts et techniques scientifiques au même titre

que la médecine de spécialité.

Le MG prend des décisions sur la base de données scientifiques concernant la prévalence et l'incidence des pathologies ; il sait aborder une symptomatologie indifférenciée correspondant aux stades précoces des pathologies.

La démarche intellectuelle du médecin généraliste est donc une réflexion clinique spécifique aux problématiques des soins primaires : les symptômes présentés par les patients sont la plupart du temps peu spécifiques et n'aboutissent que rarement à un tableau pathologique clairement identifié. Le MG dispose de capacités de souplesse et d'adaptabilité cognitive, et de tolérance à l'incertitude lui permettant de gérer ces situations cliniques où le facteur temps, donc l'observation longitudinale de l'évolution du patient et de sa pathologie, fait partie intégrante de l'approche diagnostique et thérapeutique.

L'approche est centrée sur le patient et sur le contexte.

Le MG pratique une approche globale, comprenant les aspects physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels et existentiels de son patient ; la relation médecin-malade constitue un élément central du soin en médecine familiale

Le suivi médical en soins primaires a un double aspect synchronique et diachronique.

Le médecin généraliste assure aussi bien les situations d'urgence que le suivi des maladies chroniques, assurant un suivi diachronique du malade tout au long de la vie : le MG assure la prévention quaternaire afin de préserver le capital santé du patient

L'approche globale de l'état de santé du patient sous ses différentes dimensions biologique, psychologique, sociale, constitue donc une des spécificités centrales de la médecine générale. Si les études médicales préparent les futurs médecins, spécialistes et généralistes, à être des somaticiens compétents, le modèle bio-médical à lui seul ne permet pas l'intégration de données psychologiques ou sociales.

2.3. Du modèle bio-médical au modèle bio-psycho-social : vers un concept multidimensionnel des troubles psychiques

Actuellement, dans le domaine psychiatrique et dans le domaine de la médecine somatique, le concept étio-pathogénique le mieux étayé par la recherche, permettant l'analyse de l'apparition et de l'évolution des troubles psychiques est un modèle *multifactoriel*, prenant en compte :

- des facteurs biologiques (facteurs héréditaires et génétiques, incidents survenus avant, pendant ou après la naissance, maladies somatiques)
- des facteurs psychologiques (le tempérament, événements de vie négatifs, le mode d'attachement, les capacités de résilience)
- des facteurs socio-environnementaux (séparations précoces, présence d'un support familial, statut social, conflits durables avec la famille ou au lieu de travail, chômage)

À partir de la fin des années 1960, on assiste à un changement de paradigme dans la médecine occidentale.

Le modèle biomédical dichotomique associant à une maladie un (seul) agent pathogène, hérité de l'ère de Louis Pasteur, évolue vers une prise en compte de l'étiologie multifactorielle des problèmes de santé au sens large. Le modèle bio-médical permet au médecin de fonder sa clinique sur des données scientifiques éprouvées. Ce modèle consiste en l'application au domaine médical de la méthode analytique propre aux sciences naturelles, et la réflexion sur l'évolution clinique des maladies est basée principalement sur des facteurs physiologiques, comme des dérèglements moléculaires, des altérations anatomiques etc... S'il reste actuellement le modèle prévalent dans l'enseignement médical, la limite de ce modèle scientifique consiste principalement dans le fait qu'il est adapté à comprendre et à traiter une maladie, mais non à comprendre et soigner le malade en tant que personne : "L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié, réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain" (Engel, 1980).

L'importance de facteurs environnementaux (soutien social, sécurité financière...), comportementaux (comportements de santé, style de vie...) et psychologiques (vulnérabilités et ressources psychiques face aux maladies somatiques chroniques, gestion du stress...) en tant que co-déterminants de santé est progressivement mise en évidence, et la notion d'une séparation fondamentale entre le corps (soma) d'un côté, et l'esprit (psyché) de l'autre, cédait le pas sur une compréhension des liens circulaires entre les deux. La psychologie de la santé, et la psychologie médicale prennent de l'importance dans le raisonnement médical. En 1977, Engel conceptualise cette approche intégrative et lui donne le nom de "modèle bio-psycho-social".

Tandis que dans le modèle biomédical les données relatives à l'environnement social du patient restent en dehors du champ de la science et de l'enquête critique, le modèle bio-

psycho-social postule qu'il faut approcher les aspects personnels, interpersonnels et sociaux de sa vie avec la même rigueur et la même acuité critique que celles que l'on applique aux phénomènes biologiques. "Le médecin identifie et évalue le potentiel stabilisant ou déstabilisant des événements et des relations appartenant à l'environnement social du patient ... il ne néglige pas la manière dont les effets déstabilisants que la maladie des patients exerce sur les proches peuvent exercer sur le patient une influence en retour encore plus déstabilisante" (Engel, 1980).

Une bonne connaissance de la prévalence des troubles psychiques et de leurs conséquences sur la santé physique et le fonctionnement socio-professionnel des patients, ainsi que l'optimisation de la prise en charge des troubles mentaux devenaient essentielles afin de contribuer à la santé globale des patients.

Engel cherchait un paradigme permettant à prendre en compte les interactions entre aspects biologiques, psychologiques et sociaux chez le patient qui développe un état morbide qu'il soit somatique, psychique ou une combinaison des deux. Dans son article principes de 1977, il donne une description détaillée du mécanisme par lequel une séquence d'événements conduit à l'apparition des symptômes, et comment les dimensions psychologique et sociale se transforment, en parallèle aux modifications biologiques, physiologiques, hormonales, anatomiques, liées à la maladie.

L'approche bio-psycho-sociale permet de décrire les mécanismes par lesquels facteurs physiologiques, psychologiques et comportementaux interagissent pour améliorer ou aggraver l'état de santé du patient. Campbell et Rohrbaugh (2006) résument ainsi ce modèle : « Dans le modèle bio-psycho-social, le système biologique concerne les substrats anatomiques, structuraux et moléculaires des maladies et leurs effets sur le fonctionnement biologique du patient ; le système psychologique concerne l'effet de facteurs développementaux, de la motivation, de la personnalité sur la façon dont le patient vit, et réagit à, la maladie ; le système social étudie les effets de la culture, de l'environnement socio-professionnel et familial sur la façon dont le patient va exprimer et sa souffrance, et sur l'expérience subjective de sa maladie. » Ainsi, ce modèle permet l'étude du fonctionnement du patient dans divers domaines : émotionnel, comportemental, affectif, biologique, psychologique et social. Le modèle bio-psycho-social impliquait l'arrivée des sciences humaines, réputées « floues » ou « souples » (soft sciences) dans le domaine de la recherche et de la clinique

médicale, et créa donc des controverses. Pourtant, les arguments en faveur de ce modèle reposent aujourd'hui sur des preuves solides. De nombreuses études en psychologie de la santé et en médecine comportementale montrent qu'en dehors des fonctionnements physiologiques, des mécanismes bien identifiés d'ordre émotionnel (Richman et al., 2005), cognitif, comportemental et social (Marzari et al., 2005) sont impliqués dans le maintien de la santé et dans l'installation des états morbides.

En médecine, le "niveau de système" qui sert de point de référence est le patient, c'est-à-dire le sujet humain. Le modèle bio-psycho-social peut se comprendre comme un paradigme scientifique destiné à comprendre les interrelations complexes qui existent entre les différentes dimensions de la vie de la personne afin de tenir compte, dans le soin du patient et le traitement de sa maladie, des effets stabilisants ou déstabilisants que ces différents niveaux d'organisation exercent les uns sur les autres.

Cette approche intégrée permet une meilleure compréhension du patient, et la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses.

2.3.1. Aspects biologiques

L'aspect biologique, objectivable, des processus psychiques se trouve depuis longtemps au centre de nombreux débats de caractère scientifique et/ou philosophique, et fait l'objet d'une recherche médicale clinique et fondamentale extrêmement riche et féconde, impliquant de nombreux champs disciplinaires. Nous nous limiterons ici à un aperçu très superficiel permettant de situer les aspects biologiques par rapport aux aspects psychologiques et sociaux des troubles mentaux.

L'étude des substrats anatomiques structuraux et des mécanismes moléculaires impliqués dans les mécanismes pathologiques se fait d'abord par le profil démographique et physiologique complet du patient qui est d'une importance capitale en médecine : âge, sexe, appartenance ethnique, apparence physique, symptômes, état de santé global, résultats de l'examen physique clinique et résultats de laboratoire, médications, utilisation de substances, données génétiques, antécédents : accidents, maladies, interventions chirurgicales.

Les aspects biologiques des troubles mentaux concernent les modifications structurelles et neurochimiques au niveau des réseaux neuronaux impliqués dans le fonctionnement neuro-

psychique normal et pathologique, les mécanismes métaboliques et anatomiques de leurs dysfonctionnements et les perturbations observables qui en résultent.

Les progrès de ces dernières décennies dans le domaine des neurosciences, de la biochimie des neurotransmetteurs, et de l'imagerie cérébrale structurelle et fonctionnelle et notamment l'IRM et la RMN fonctionnelle, ont permis de cerner la place de certains facteurs biologiques ainsi que de leurs interactions, dans les processus psychiques, des plus basiques au plus complexes.

Par exemple :

- Les interactions complexes entre les structures du système limbique et différentes zones du cortex préfrontal qui interviennent dans des processus de régulation et de contrôle émotionnel et cognitif ;

- Le rôle de l'amygdale dans les réactions émotionnelles, et dans la régulation des processus mnésiques lors de tâches cognitives qui comportent des aspects émotionnels ;

- Le rôle du métabolisme des neurotransmetteurs, notamment de la sérotonine, dans les fonctions cognitives supérieures et dans la réactivité de l'organisme vis-à-vis de **stresseurs**. Des recherches actuelles en psychiatrie génétique concernent par exemple les mécanismes de méthylation du gène codant pour le transporteur de la sérotonine et leur effets sur la réponse de stress (Alexander et al., 2014).

- Le rôle des facteurs génétiques et épigénétiques, qui agiraient en tant que facteurs de prédisposition ou de vulnérabilité pour une catégorie de troubles psychopathologiques plutôt que comme facteur causal d'un trouble spécifique (Cottraux, 2009). C'est le cas de la vulnérabilité par rapport aux troubles anxieux (*anxiety proneness*), par rapport à certains troubles psychotiques et notamment la schizophrénie, où des modifications génétiques se traduisent par une perturbation de la conductivité neuronale dans certaines structures du corps calleux, et par rapport aux addictions avec ou sans substance, où des modifications génétiques altèrent le fonctionnement du système dopaminergique ou système "de récompense".

2.3.2. Aspects psychologiques :

Les facteurs psychologiques font appel des domaines aussi divers que la motivation, la résilience, l'attachement ; nous examinerons plus particulièrement le système de la peur, le système de récompense et le mécanisme du stress qui intervient dans la pathogénèse de nombreuses pathologies somatiques et psychiques.

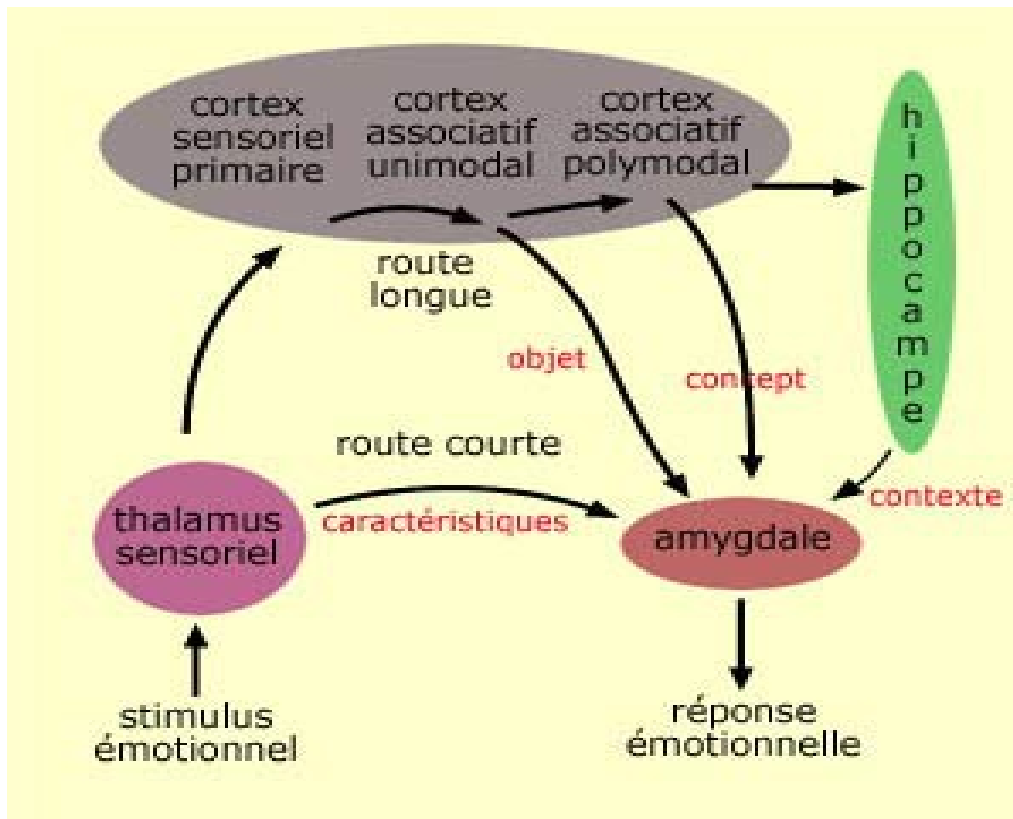
2.3.2.1. Le système de peur

L'amygdale se trouve au centre du circuit de la peur : elle reçoit des projections en provenance de la partie sensorielle du thalamus, de l'hippocampe ainsi que du cortex et du cortex préfrontal. Parmi les voies sortantes de l'amygdale, certaines se projettent vers le cortex, influençant l'attention, la perception et la mémoire concernant les stimuli associés à la notion de danger, vers l'hippocampe, influençant les processus d'apprentissage par conditionnement et la mémoire explicite concernant le danger et vers les ganglions de la base, influençant les mouvements et donc l'expression comportementale de l'émotion. Par son action sur les noyaux du SNA sympathique et sur l'hypothalamus qui va stimuler l'activité sécrétoire de l'hypophyse, l'amygdale est également à l'origine des réponses neurophysiologiques liées à la peur.

Le stimulus "évocateur de peur" qui peut être soit un événement externe, soit une pensée ou un ressenti interne, sera traité d'abord par la partie sensorielle du thalamus et, à partir de là, suivra deux voies distinctes : une voie directe, rapide, thalamo-amygdalienne qui n'implique pas le cortex et ne bénéficie donc pas d'un traitement cognitif ou alors une voie thalamo-cortico-amygdalienne plus longue, effectuant un traitement plus différencié de l'information et faisant intervenir un processus cognitif. La voie longue comporte une évaluation délibérée du caractère menaçant réel du stimulus.

Le modèle de Gray (Gray, 1990) qui associe les aspects neuro-anatomiques et psychologiques de la peur, propose l'existence de trois systèmes cérébraux gérant les tendances à l'action face à une menace : La réponse de fuite ou de lutte serait déclenchée par les structures du circuit court en présence d'un stimulus perçu comme une menace réelle ; le Système Inhibiteur de l'Action (SIA) serait activé quand le sujet ne parvient pas à concilier rapidement les apprentissages stockés en mémoire à long terme avec les stimuli présents, par exemple face à un danger inconnu ou une situation inédite. L'inhibition de l'action s'accompagne d'un état d'hypervigilance, de tension et d'attention accrue. Le Système Activateur de l'Action (SAA) s'exprimerait quand le sujet perçoit la probabilité d'une réaction favorable de l'environnement, d'une récompense, ou de la cessation d'une menace ou punition. Le SAA favorise l'action orientée vers un but, et serait à la base des comportements impulsifs chez l'humain.

Figure 1 : Circuit court et circuit long de la peur (Source: Le cerveau à tous les niveaux. McGill. Copyleft)



2.3.2.2. Le système de récompense

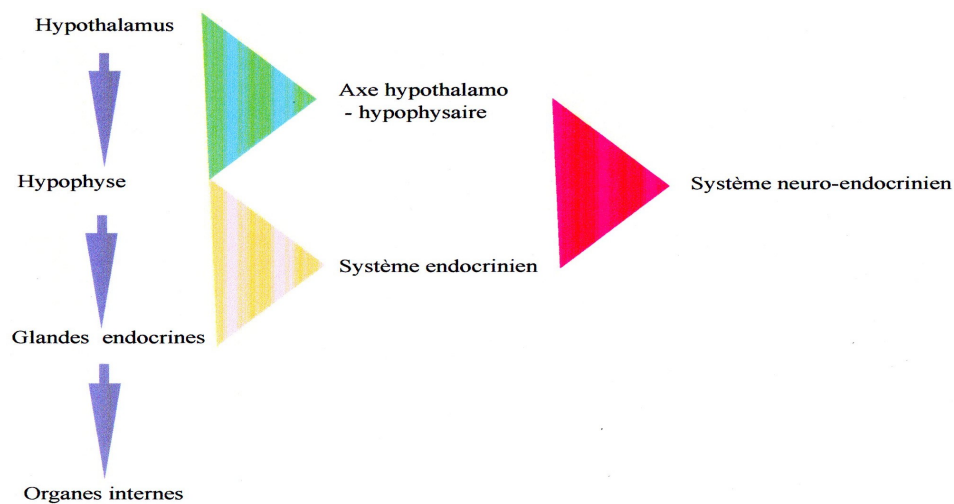
Avec ses trois composantes affective, cognitive et motivationnelle le système de récompense est supporté, sur le plan neuro-anatomique, par un ensemble de structures cérébrales interconnectées, notamment l'aire tegmentaire latérale, le noyau accumbens, l'hypothalamus latéral et médian et certaines zones du cortex préfrontal. Ce système gère par exemple la motivation d'obtenir une gratification et le désir d'y parvenir ; le plaisir hédonique d'avoir obtenu une gratification, ou d'avoir évité une punition ou une expérience déplaisante ; l'apprentissage cognitif permettant d'intégrer les expériences passés de gratification ou de punition, d'élaborer des stratégies comportementales, d'anticiper les récompenses futures. Le

système de récompense fonctionne avec le neuromédiateur dopamine pour l'aspect motivationnel, et les opioïdes et cannabinoïdes endogènes pour l'aspect hédonique.

La valence gratifiante ou menaçante du stimulus entrant est influencée par les projections que l'amygdale reçoit du noyau accumbens, qui est impliqué dans le circuit de récompense. Cette proximité fonctionnelle des deux circuits peut contribuer à expliquer le phénomène de recherche de plaisir par la prise de risque.

2.3.2.3. Le stress : Aspects physiologiques et psychologiques

Figure 2 : Réactions physiologiques liées au stress



Chaque organisme, du plus simple au plus complexe, doit assurer l'équilibre dynamique qu'est l'homéostasie, vis-à-vis de l'action perpétuelle des facteurs adverses internes ou externes que sont les stressseurs. Le fait d'être menacé, ou de se percevoir menacé, qui est le "stress perçu", va déclencher dans l'organisme une série d'adaptations physiologiques et comportementales visant à rétablir l'homéostasie (Chrousos, 2009). Le bon fonctionnement du système de stress permet de ressentir un bien-être, de résoudre ses problèmes et d'interagir de façon constructive. Un dysfonctionnement ou une hyperréactivité peuvent avoir des conséquences négatives sur le développement, la croissance et la composition des tissus et entraîner des troubles somatiques et comportementaux variés (Chrousos, 2009).

Le stress est indissociable de toute vie, et un mode de réaction adéquat face au stressseur permet à l'organisme de mobiliser rapidement ses ressources afin de s'adapter et d'agir le plus

efficacement possible face à l'urgence. S'il ne dépasse pas une certaine intensité ou durée, le stress pousse donc à l'action, favorise les apprentissages et les prises de décision : c'est l'eustress. Le stress pathogène, *distress* en anglais, témoigne au contraire d'une situation où les capacités d'adaptation de l'organisme sont dépassées, et se caractérise par des perturbations somatiques et/ou psychiques, immédiates ou différées.

Les études sur le stress ont fourni des éléments essentiels pour comprendre les phénomènes psychiques et somatiques complexes qui interviennent lorsque l'homéostasie de l'organisme est mise en jeu par un événement et qui peuvent, en cas de réponse inadaptée, déclencher une psychopathologie. Une des premières conceptualisations du stress, qui garde toute son actualité, est celle de W. Cannon (1920) qui observa que tout organisme animal réagit à une agression selon des schémas comportementaux déterminés (attaque : *fight* ; fuite : *flight*, sidération/immobilité : *freeze*). H. Selye (1936) décrit les phénomènes physiologiques qui se produisent dans l'organisme dans les différentes phases d'une exposition prolongée à un stressueur ; il les nomme "syndrome général d'adaptation" dont il décrit trois phases : phase d'alarme, phase d'adaptation ou de résistance, phase d'épuisement.

Selon le modèle bio-psycho-social, les effets du stress sur la santé résultent de l'interaction entre plusieurs groupes de facteurs :

1. - un ensemble de facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques propres à l'individu :

Ce sont des facteurs qui déterminent sa vulnérabilité au stress, sa prédisposition à développer une psychopathologie liée au stress et qui constituent ses antécédents dans ce domaine :

a. Les facteurs biologiques, en partie déterminés génétiquement. Le système de stress est basé sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, dont la réactivité constitue un facteur biologique de vulnérabilité au stress de la personne et qui influe sur ses processus cognitifs et ses comportements. Le modèle de vulnérabilité au stress a été initialement développé pour la schizophrénie (Zubin & Spring, 1977), il a été progressivement étayé par la recherche et il contribue actuellement à la compréhension de la pathogénèse de nombreux troubles psychiques liés au stress – troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles douloureux, troubles de somatisation, hypochondrie (Chrousos, 2009).

b. Les facteurs sociaux : l'environnement, la situation familiale et professionnelle, la

présence d'un réseau social de soutien

c Les facteurs psychologiques : (traits de personnalité, tempérament, style de vie). Les antécédents d'événements stressants particuliers, et la présence de facteurs stressants jouent un rôle de facteurs de risque pour le déclenchement de symptômes psychopathologiques ou de mise en place d'un trouble mental. D'autres facteurs, nommés modérateurs, jouent au contraire un rôle de protection : le degré de stress perçu, le soutien social, et la perception, par la personne, de pouvoir exercer un contrôle vis-à-vis du stresser.

2. - la présence d'éléments stressants (événements de vie)

Les facteurs stressants peuvent être de nature diverse et concerner toutes les sphères de la vie de l'individu : sociale (professionnelle, familiale, amicale), matérielle (modifications importantes au niveau des revenus), l'état de santé. Holmes et Rahe en 1960 formulent le concept des « événements de vie », considérés comme des éléments venant perturber l'homéostasie de l'individu et sollicitant fortement ses capacités d'adaptation ou de résilience. Ces événements de vie comprennent :

- les événements ponctuels, importants, ayant des répercussions sur le cours de l'existence de l'individu : le décès du conjoint, le divorce, la naissance d'un enfant, une maladie, un déménagement...

- les soucis et problèmes du quotidien qui surviennent de façon répétée.

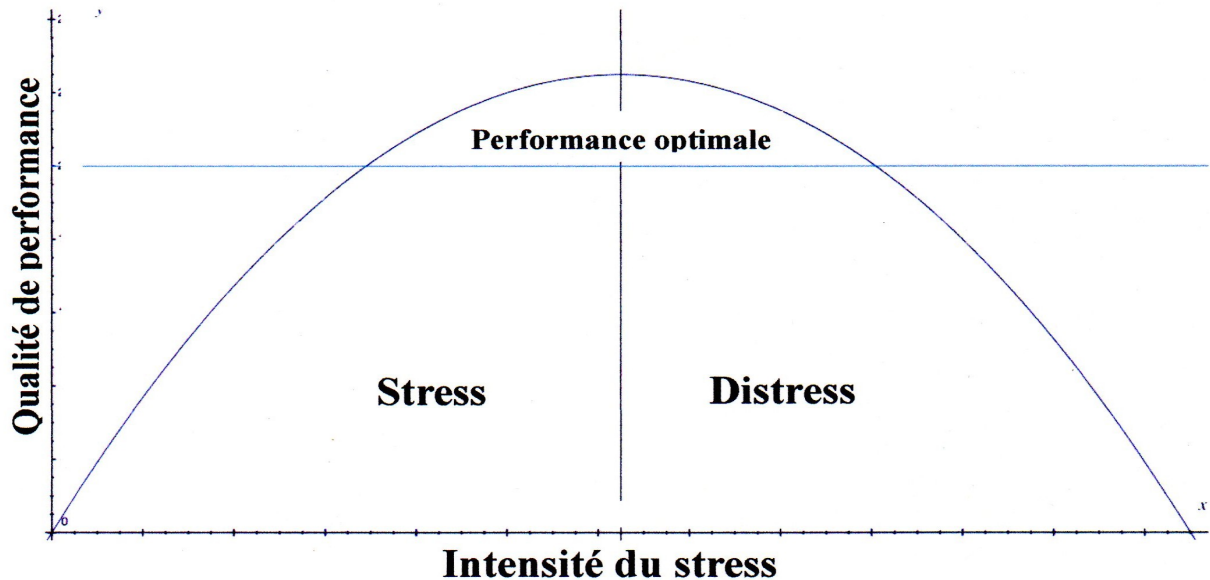
3. - la réponse individuelle de l'organisme face à l'agression

Le stress perçu est défini comme l'ensemble des réactions physiologiques, cognitives (croyances, interprétations, anticipations), émotionnelles et comportementales ressenties par un individu confronté à une situation qui dépasse momentanément ou durablement ses capacités d'adaptation. Le stress perçu va moduler la réponse au stress, soit en l'aggravant, en accentuant la réponse pathogène, soit en la modérant, en accentuant les capacités de résilience.

Un stresser peut affecter l'homéostasie de l'organisme sur plusieurs niveaux : il peut déclencher des processus émotionnels qui, s'ils deviennent excessifs dans l'intensité et la durée, peuvent déclencher des troubles anxieux, des états dépressifs, un trouble hypochondriaque ; il peut déclencher des réactions physiologiques qui affecteront le système nerveux, le système immunitaire et le système hormonal ; enfin il peut entraîner des modifications de la perception, de l'attention, de la mémoire... qui affecteront les processus

cognitifs. Les réponses émotionnelle, physiologique et cognitive de l'organisme face au stress déterminent sa réaction comportementale (*fight, flight, freeze*).

Figure 3 : Variation de la qualité de la performance en fonction de l'intensité du stress



Syndrome général d'adaptation au stress:

L'ensemble des réactions physiologiques et psychologiques face à un stress constitue le syndrome général d'adaptation. Il comporte 3 phases :

- la phase d'alarme
- la phase de résistance
- la phase d'épuisement

Chaque phase est caractérisée par des phénomènes biologiques et physiologiques précis. Le système neuro-endocrinien joue un rôle déterminant dans le maintien de l'homéostasie et dans la réponse au stress, et son action est médiée par le système de stress localisé en partie dans le SNC, en partie dans des organes périphériques.

Ces réactions physiologiques sont relativement constantes, mais des facteurs de modulation interviennent : La relation stress-maladie n'est pas linéaire, mais multi-factorielle, et se comprend à l'aide du modèle bio-psycho-social de la santé.

1) Phase d'alarme

Elle permet la préparation rapide de l'organisme à l'action immédiate :

- Augmentation du rythme cardiaque
- Augmentation de la résistance vasculaire
- Vasodilatation au niveau musculaire
- Modifications au niveau de la vigilance

Quand un événement aversif, potentiellement dangereux est perçu par les organes sensoriels il y a mobilisation des ressources notamment énergétiques et mise en oeuvre de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien. L'analyse du message est réalisée de façon rapide et automatique par le système limbique, notamment l'amygdale et l'hippocampe, et ensuite par le cortex préfrontal où des contenus stockés en mémoire à long terme, liés au vécu et aux apprentissages, ajoutent une signification affective aux stimuli perçus: c'est le stress perçu, ou vécu émotionnel du stress.

La réaction au stress met en oeuvre tout particulièrement les connexions entre les structures cérébrales responsables de la gestion de l'attention, des émotions et de la mémoire: d'abord la perception d'un événement potentiellement stressant, ensuite la réaction émotionnelle, ou stress perçu et finalement les réactions comportementales que l'individu va mettre en place.

Le système limbique joue un rôle clé dans ces phénomènes. Broca au début du 19ème siècle est parmi les premiers à localiser et identifier ces structures intervenant dans les différentes émotions (peur, colère, plaisir, surprise) ; la recherche neuro-cérébrale a montré depuis que leur rôle est plus large et concerne également la mémoire, les processus motivationnels etc... Ce système est constitué de différentes formations situées soit dans le cortex cérébral soit directement en-dessous et comporte entre autres le gyrus cingulaire, l'hippocampe, l'amygdale (impliquée dans le vécu émotionnel et le déclenchement de la réaction physiologique au stress), les corps mammillaires et le noyau antérieur du thalamus ; l'hypothalamus coordonne la mise en oeuvre de la réaction physiologique - via le SN autonome - et comportementale - via le SN somatique - au stress.

L'hypothalamus se situe au niveau du diencephale, qui est une structure relativement ancienne du cerveau. Il possède de nombreuses fonctions régulatrices : rythme circadien, régulation de l'appétit, régulation du cycle ovarien chez la femme et de sécrétion de testostérone chez l'homme etc. Les noyaux gris hypothalamiques médians constituent un centre de contrôle de la réponse, innée ou apprise par conditionnement, face à une menace physique : ils jouent un rôle essentiel dans la gestion de la peur. L'hypothalamus assure la liaison entre le SN et le système endocrinien par le biais de sa liaison avec l'hypophyse. Il agit

également sur le système moteur en stimulant le système nerveux somatique, la sensibilité consciente et activité musculaire volontaire des muscles squelettiques, afin de déclencher les séquences motrices nécessaires à la réaction comportementale (attaque, fuite, *freeze*).

Lors de la phase d'alarme intervient une activation directe des organes internes par le système nerveux autonome ortho-sympathique dont l'organe cible est la médullo-surrénale ou/et une voie d'activation indirecte neuro-humorale, qui provoque également la libération de catécholamines par les médullo-surrénales. Cette activation provoque l'augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, de la glycémie, une activation des organes lymphoïdes et de la circulation des cellules immunitaires.

La sécrétion d'adrénaline atteint un pic en moins de 2 minutes et permet une mobilisation de l'énergie et sa redistribution au niveau cérébral et musculaire provoquant une stimulation du cœur, la vasodilatation dans les grands muscles, une vasoconstriction au niveau des organes digestifs, une activation lymphocytaire à doses modérées, l'augmentation de la température, une horripilation ainsi qu'un état anxieux passager.

Dans un premier temps, ces modifications physiologiques et psychologiques favorisent les réactions de fuite ou d'attaque, elles sont donc indispensables à la survie de l'organisme.

2) Phase de résistance

Si la menace persiste, la réaction de l'organisme se modifie pour s'adapter dans la durée à la situation stressante, et le système neuro-endocrinien entre en jeu. Suite à la phase d'alarme, l'hypothalamus déclenche la réaction physiologique neuro-végétative et endocrinienne au stress, avec des effets sur l'immunité : L'hypothalamus sécrète de la corticolibérine ou CRH (corticotropin releasing hormone), favorisant la sécrétion de cortisol ; l'antéhypophyse sécrète de la corticotropine ou ACTH (Adreno-Corticotrophine hormone) et la zone fasciculée des cortico-surrénales sécrète du cortisol

L'action du cortisol sur les organes internes a pour but de favoriser l'adaptation de l'organisme à un stress plus durable : le cortisol est hyperglycémiant, influe sur la tension artérielle, a une action anti-inflammatoire et donc anti-douleur et entraîne des modifications psychiques. De nombreuses recherches en neurosciences ou en psychiatrie, évaluant les effets de différents stressseurs ou l'efficacité de mesures thérapeutiques, utilisent le taux de cortisol sanguin comme indicateur du niveau de stress chronique.

L'hypothalamus agit sur le système nerveux autonome et le système orthosympathique ou le système parasymphathique vont prendre le dessus : le SNA orthosympathique est un

système activateur de l'action : préparation de l'organisme à l'action, attaque ou fuite – actif en situation d'urgence, son neuromédiateur principal est la noradrénaline – le SNA parasympathique ou système inhibiteur de l'action – actif au repos, son neuromédiateur principal est l'acétylcholine.

Les effets simultanés des deux systèmes s'annulent et conduisent à l'état d'équilibre : on retrouve ici les bases neurophysiologiques de l'effet de l'inhibition réciproque découvert par Wolpe (Wolpe, 1975) et qui a permis le développement et l'utilisation scientifique des techniques de relaxation.

Une rétroaction informe le cerveau des effets périphériques du stress : les hormones libérées par les glandes endocrines (cortisol, hormones sexuelles, catécholamines) ainsi que les cytokines libérés par les globules blancs agissent sur le cerveau, conduisant à des modifications transitoires de la neurochimie cérébrale.

Tableau 7 : Effets de la stimulation des systèmes sympathique et parasympathique sur différents effecteurs (Source : Spence & Mason, 1979)

Structure	Effets de la stimulation sympathique	Effets de la stimulation parasympathique
Coeur	Augmentation du rythme	Diminution du rythme
Poumons, Bronchioles	Dilatation	Constriction
Glandes salivaires	Sécrétion de liquide visqueux	Sécrétion de liquide fluide
Estomac :		
Motilité	Diminution	Augmentation
Sécrétion	Inhibition possible	Stimulation
Intestin :		
Motilité	Diminution du péristaltisme	Augmentation du péristaltisme
Sécrétion	Inhibition possible	Stimulation
Pancréas exocrine :		Stimulation des sécrétions
Foie :	Libération de glucose	
Oeil :		
Iris	Dilatation de la pupille	Contraction de la pupille
Muscle ciliaire	Léger relâchement	Contraction (accommodation)
Glandes sudoripares :	Stimulation des sécrétions	
Médullo-surrénale	Stimulation des sécrétions	
Vessie :	Relâchement du sphincter	
Vaisseaux sanguins :		
Peau	Contraction	
Glandes salivaires	Contraction	
Viscères abdominaux	Contraction	Dilatation
Parties génitales externes	Contraction	

3) Phase d'épuisement

Elle correspond à un un échec de l'adaptation. Il y a décompensation qui peut prendre différentes formes. Il peut y avoir réapparition de la phase d'alarme, les conséquences de l'agression peuvent s'amplifier, des états morbides somatiques et psychologiques ou la mort

peuvent survenir.

La phase d'épuisement correspond à la manifestation des effets négatifs du cortisol : protéolyse, baisse de l'immunité, neurotoxicité..., conduisant à un amaigrissement, une baisse de l'immunité par l'effet immunosuppresseur du cortisol et des endorphines à forte dose, des risques cardiaques liés à l'exposition prolongée aux catécholamines, une diminution de la sécrétion des hormones sexuelles avec baisse de la libido et de la fécondité, une altération de l'état psychique dans le sens d'un trouble mental lié au stress : trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble de l'adaptation, trouble somatisation, hypochondrie (Chrousos, 2009).

Le stress chronique aura donc différents effets sur la santé, contribuant à l'apparition de troubles divers :

- Hyperactivité du SN autonome ortho-sympathique et de la médullo-surrénale ;
- Sécrétion excessive et durable de catécholamines ;
- Activation durable de l'axe corticotrope entraînant la sécrétion excessive et à long terme de cortisol ;
- D'autres modifications du système hormonal et immunitaire entraînant des modifications physiologiques dans différents systèmes :
 - cardiovasculaire (douleurs thoraciques, troubles du rythme...)
 - digestif (colopathies fonctionnelles, troubles du transit, hyperacidité et douleurs gastriques)
 - rhumatologique (cervicalgies et lombalgies, péri-arthrite de l'épaule)
 - neurologique (céphalées, vertiges, acouphènes)
 - uro-génital et sexuel (baisse de libido, troubles de l'érection)

Il peut s'agir de troubles

- fonctionnels : douleurs sans lésion tissulaire détectable : céphalées, maux de ventre, dorsalgies etc... Comme nous l'avons vu dans la partie 1, parmi les patients qui se rendent chez un médecin généraliste libéral, 50 à 70 % n'ont pas de dysfonctionnement ou de lésions anatomiques correspondant à la plainte présentée au médecin. Ces maladies posent un double problème : au médecin qui ne trouve rien, et au malade à qui on ne trouve rien. Ce qui conduit à une double souffrance : pour le médecin qui n'est pas reconnu comme soignant, et pour le patient qui n'est pas reconnu comme malade. Les effets du stress chronique jouent donc un rôle important dans ces motifs de consultation.

- troubles lésionnels : selon l'approche neuro-scientifique ils sont définis comme

des troubles comportant une symptomatologie faite d'altérations anatomiques et biologiques observables et dont l'étiologie découle d'une intrication de facteurs psychologiques déclenchants ou aggravants, tel qu'un événement de vie négatif ou un autre stressor. Les principales sont : cardio-vasculaires (HTA, infarctus du myocarde), dermatologiques (eczéma, herpès), gastro-intestinales (Recto-Colite Hémorragique, ulcères) ou d'autres telles des infections ou une évolution péjorative de certains cancers

- troubles psychiques (anxiété, dépression...)

Les facteurs de vulnérabilité au stress

La vulnérabilité au stress est influencée par facteurs génétiques, dont les effets seront modulés par l'environnement. Certains facteurs de stress environnementaux interviennent dans des phases de vulnérabilité développementale :

- facteurs de stress périnataux : infections, hypoxie, naissance difficile
- facteurs de stress pendant l'enfance : carences graves, abus, conditions de vie difficiles, événements de vie négatifs ; dépression, hospitalisme ; intoxications, maladies graves
- facteurs de stress pendant la vie adulte : Holmes et Rahe en 1967 proposent le concept des événements de vie stressants, qui devait permettre de déduire le risque de l'apparition d'une pathologie à partir d'événements aversifs présents ou passés (divorce, décès d'un proche, licenciement etc.). Les travaux ultérieurs et notamment ceux de Lazarus (Lazarus, 1984 ; Lazarus, Folkman, Gruen & DeLongis, 1986) ont mis en évidence que ce lien entre les événements négatifs de vie et l'effet néfaste sur la santé est indirect : c'est la perception de l'événement plutôt que de l'événement lui-même qui entraîne ces conséquences. L'importance des facteurs psychologique dans la modulation de la réponse au stress apparaît : des facteurs cognitifs et émotionnels liés à la personnalité, notamment la motivation de la personne dans la situation stressante, le sentiment de pouvoir exercer un contrôle sur la situation, la confiance accordée aux autres, et les capacités de *coping* jouent un rôle significatif dans l'apparition d'une symptomatologie psychologique liée au stress.

Les effets de changements d'habitudes de vie liés à l'événement (diminution de l'hygiène de vie, par exemple désorganisation des rythmes veille-sommeil, usage problématique de substances, repli social) constituent souvent un facteur de vulnérabilité au stress plus important que l'événement lui-même.

Les facteurs de modulation de la réponse au stress: facteurs de personnalité et facteurs situationnels

Deux modes de réactions sont observés:

- individus avec activation préférentielle de la voie directe ortho-sympathique avec libération de catécholamines. La personne est active face au danger, cherche à lutter et fait des efforts destinés à garder ou à retrouver rapidement la maîtrise de la situation. Des techniques psychothérapeutiques visant à éviter des réactions de lutte excessives sont alors indiquées : relaxation médicale, techniques dites de variabilité cardiaque, techniques méditatives.

- individus avec activation préférentielle de l'axe corticotrope, avec libération de cortisol: la personne va être plutôt passive, et subir sa situation stressante . La psychothérapie se davantage axée sur des techniques visant à augmenter le sentiment de contrôle et de maîtrise de la situation : techniques de résolution de problèmes, d'affirmation de soi.

L'étude longitudinale sur des femmes 5 ans après ablation d'un sein pour cancer mammaire de Reynolds et al. (2000) met en relief l'impact du mode de *coping* face à un cancer : l'attitude de lutte, de négation de la maladie s'accompagne d'une mortalité moindre et de moins de métastases qu'une attitude de résignation passive accompagnée de dépression avec une mortalité de 10% et de métastases de 25% dans le premier cas contre 38% de mortalité et 65% de métastases dans le deuxième cas.

Les facteurs de modulation:

- Les facteurs de personnalité
- L'émotion ressentie
- Le sentiment de contrôle,
- La connaissance des phénomènes de stress : l'évaluation et la connaissance, par la personne, du stress et des phénomènes physiologiques qui lui sont associés
- L'appréciation par la personne de ses propres moyens d'action, de contrôle de la situation
- La possibilité de prévoir et/ou de contrôler l'événement stressant
- Les expériences chez le rat montrent que la capacité de rejeter une tumeur maligne implantée est supérieure chez les animaux soumis à des stimuli désagréables (petits chocs électriques) prévisibles à celle observée chez les animaux soumis aux mêmes stimuli appliqués de façon aléatoire donc imprévisibles, et de même que chez les animaux non-soumis à ces stimuli désagréables. Un stress prévisible ou contrôlable semble bien augmenter l'efficacité du système immunitaire (concept d'eustress)

- L'effet tampon que joue le soutien social
- La capacité de la personne de mettre en oeuvre une réponse de relaxation,
- L'apprentissage contribue à diminuer la réponse au stress : c'est le phénomène

d'habituation. Ainsi chez un élève parachutiste la sécrétion de cortisol diminuera au fil des entraînements.

En résumé: une situation stressante mais qui ne déborde pas les capacités d'adaptation de l'individu et qui survient de façon répétée, permet à l'individu de l'anticiper, augmente son sentiment de contrôle et diminue la libération des hormones liés au stress. Les hormones du stress sont impliqués dans les apprentissages et peuvent jouer le rôle de facteurs de protection qui diminuent ou suppriment l'effet négatif du stress sur l'immunitaire cellulaire.

2.3.3. Aspects sociaux :

Depuis les années 1980 des études explorent les effets de facteurs sociaux et socio-économiques sur la santé somatique et psychique et le modèle bio-psycho-social préconise la prise en compte de la dimension sociale de la maladie, c'est à dire l'environnement social familial, professionnel, économique, les liens interpersonnels proches — car le réseau de soutien social est primordial – et les aptitudes sociales du patient et son aptitude à se créer et maintenir ce réseau de soutien social.

Facteurs socio-économiques et santé

La notion de "composante sociale" de la maladie est sujette à controverse et à malentendu. La précarité socio-économique, le paupérisme, le chômage, par exemple, doivent-ils être « pathologisés » ? Ces questions exigent des réponses nuancées, qui mettent de tels phénomènes en perspective par rapport aux multiples composantes, stabilisantes ou déstabilisantes, de la situation bio-psycho-sociale du sujet.

Les travaux de Brown et Harris, (1989) ; Dohrenwend et Dohrenwend (1981) ; Pearlin, (1981) ; Turner, Wheaton and Loyd (1995) ; Turner et Marino (1994), mettent en relief les liens entre conditions de vie stressantes et santé, les mécanismes d'adaptation et les facteurs de vulnérabilité du patient. Comme Link et Phelen le montrent dans leur article (1995), un grand nombre d'études étayent l'interrelation entre le statut socio-économique d'une personne et sa santé (Adler et al., 1994 ; Buck, 1981 ; Kelsey, 1993 ; Eisenberg & Kleinman, 1981 ; Illsley & Mullen, 1985 ;) en montrant comment l'environnement social peut contribuer à

rendre un sujet plus vulnérable ou à diminuer son aptitude à faire face à la maladie.

Une revue de la littérature à propos du chômage publiée par Maystre-Agustoni (1997) montre que :

- le chômage met en évidence les problèmes de santé et, dans une mesure difficile à évaluer, contribue à les rendre plus aigus ;
- les problèmes de santé mis en évidence par la crise de l'emploi s'étendent à un public beaucoup plus large que celui des seuls demandeurs d'emploi ;
- des facteurs de nature individuelle ou sociale peuvent réduire les effets pathogènes du chômage ou, à l'inverse, les exacerber.

Smith (1991), cité par Maystre-Agustoni, affirme que le chômage augmente d'un tiers la probabilité pour les hommes de mourir dans les dix années suivantes. Ces hommes décéderont plus probablement d'un suicide, du cancer ou de mort violente. Leurs femmes sont, elles aussi, confrontées à une probabilité plus élevée de décéder, de même que leurs enfants vivants ou à naître. Les effets du chômage opèrent à travers une combinaison de pauvreté et de stress, à travers leurs effets sur la santé mentale et l'adoption de comportements défavorables à la santé.

Molo-Bettelini (1996) a mis en évidence l'étroite relation entre les lombalgies chroniques et certains facteurs psycho-sociaux. Dans son étude, elle note que la gravité des douleurs déclarées – qui étaient l'indicateur le plus important par rapport au comportement consécutif aux maux de dos – est influencée, en ce qui concerne les facteurs socio-personnels, par le type de profession et les efforts physiques requis par le travail et, sur un plan psychologique, par les modalités et le décodage d'expériences telles que l'évaluation de l'état de santé et la satisfaction professionnelle.

Chez le patient hypertendu, le réseau de support social s'est avéré être un facteur de protection contre le stress qui peut faciliter l'observance thérapeutique. En effet, les patients avec un réseau de support social efficace gèrent mieux leur HTA que les patients qui n'en ont pas (Marzari et al., 2005).

Concernant les mécanismes précis par lesquels les aspects sociaux agissent sur le maintien ou la dégradation de l'état de santé, une approche étayée par de nombreuses recherches est le concept de rejet social.

Le concept de rejet social

Le réseau social apporte un soutien psychologique d'importance primordiale, que ce

soutien soit d'ordre émotionnel, informationnel ou instrumental. L'isolement social se définit comme la rareté du soutien social et il est d'autant plus mal vécu lorsque l'isolement résulte de l'action d'autrui, donc d'un rejet social tel qu'on le rencontre dans l'ostracisme d'un groupe par rapport au groupe d'appartenance de la personne ou d'un rejet romantique.

Les travaux de Rainville, Duncan, Price, Carrier et Bushnell (1997) mettent en relief un réseau neuronal, impliquant le raphé médian et le cortex cingulaire antéro-dorsal, qui est activé dans les situations où le sujet se sent ignoré, rejeté ou délaissé par autrui. Ce réseau est également activé dans l'aspect émotionnel de la douleur chronique, dans l'expérience vicariante de la douleur, c'est à dire quand l'individu est témoin de la douleur d'autrui, et dans la réflexion auto-centrée intense, ou rumination mentale, fréquente dans les états dépressifs. D'après l'approche phylogénétique de Panksepp (2003) et Eisenberger (2012), une proximité fonctionnelle entre cognitions sociales, aspects affectifs de la douleur physique et états émotionnels serait conditionnée par la nécessité, au cours de l'évolution de l'espèce, d'éviter à tout prix l'isolement social de l'individu. Le système d'attachement social, indispensable pour la survie de l'être humain dès sa naissance, pourrait avoir emprunté les mêmes localisations cérébrales que le système de douleur physique afin de signaler toute menace d'abandon ou de rejet social et ainsi améliorer les chances de survie. La revue des publications réalisée par Eisenberger (2012) apporte de nombreuses données qui supportent ce point de vue.

Ces travaux suggèrent que la douleur sociale peut être aussi péjorative pour l'individu que la douleur physique. L'activation de ce réseau est corrélée à une probabilité accrue de développer un épisode dépressif majeur. La perte d'un être cher fait doubler la probabilité de développer un état dépressif (Monroe, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 1999), l'expérience d'un rejet social multiplie ce risque par 22 (Kendler, Hettema, Butera, Gardner, & Prescott, 2003). Les personnes souffrant de douleurs médicalement inexplicables, d'un trouble somatisation ou de fibromyalgie rapportent fréquemment à l'interrogatoire des expériences précoces de douleur affective liée à un rejet social, des conflits familiaux, une maltraitance ou un abandon (Imbierowicz & Egler, 2003).

Conclusion :

Même si les catégories du modèle bio-psycho-social sont quelque peu artificielles car les limites entre ces facteurs sont bien entendu floues, avec de très nombreuses superpositions, ce modèle constitue un compromis fonctionnel pour l'approche des troubles psychiques en soins primaires. Résultat d'une importante évolution épistémologique dans la recherche

fondamentale et clinique concernant les troubles psychiques ainsi que les liens complexes entre aspects somatiques et aspects psychiques de l'état de santé, il améliore notamment les possibilités de prédire si tel patient présente un risque accru de développer une symptomatologie dans des circonstances données.

2.4. Médecine fondée sur les données probantes (EBM) et prise en charge des troubles mentaux en soins primaires

Au début des années 1970, le début de la désinstitutionnalisation et donc l'intégration croissante des prises en charge psychiques en soins primaires, coïncide avec l'émergence de l'approche « evidence based » en médecine (EBM), puis en psychiatrie. Le terme *evidence based medicine*, dont les traductions française les plus courantes sont « médecine basée sur des données probantes » et « médecine factuelle », a été créé par Guyatt, en 1992. Ce mouvement de recherche médicale, est né des suites du scandale de la Thalidomide et visait à améliorer la sécurité des procédures médicales en privilégiant les traitements dont l'efficacité et l'efficience serait appuyée par les données empiriques (Cochrane, 1973).

L'approche EBM se définit comme basée sur des connaissances scientifiques les plus fiables possible, fournies par une recherche médicale systématique. Les stratégies de recherche utilisées sont essentiellement les études de cohorte, les essais cliniques randomisés contrôlés (ERC) et les revues de publications systématiques. Les ERC sont considérés actuellement comme les stratégie d'études médicales de plus grande valeur scientifique et les plus fiables et sont devenus le standard dans la recherche clinique. Au départ utilisés pour évaluer l'efficacité des traitements pharmacologiques – le premier ERC avait été publié en 1948, dans le cadre d'une recherche sur l'efficacité de la streptomycine dans le traitement de la tuberculose (Hill et al., 1948) – l'utilisation des ERC s'étend aux procédures chirurgicales et aux dispositifs médicaux ainsi qu'à de nouveaux domaines, notamment les sciences humaines, au rang desquelles la psychologie scientifique.

La conjonction des résultats de ces stratégies de recherche permet de fixer des niveaux de « preuve » (*evidence*) concernant l'efficacité d'un médicament ou d'une procédure de soins. Ces résultats sont publiés et remis régulièrement à jour sous forme de guides cliniques, de recommandations comme par exemple la base de données OMS Choice, ou en France le rapport de l'INSERM consacré à l'efficacité des psychothérapies.

2.4.1. EBM dans le domaine psychiatrique : évolution des modèles explicatifs et étiopathogéniques des troubles mentaux

Le concept de trouble mental est le fondement des professions de la santé mentale et il est également important pour le MG compte tenu de la fréquence des PP suivis en soins primaires. Il est au cœur des querelles publiques et savantes concernant les limites entre ce qui est à considérer comme appartenant au domaine de la normalité et ce qui relève de la psychopathologie. Toutefois, malgré une abondante documentation consacrée au concept de trouble mental en philosophie, en psychologie, en psychiatrie, en médecine, en sociologie et autres disciplines savantes et malgré une abondante discussion dans la presse populaire, il n'existe toujours pas d'analyse généralement admise qui rende compte de manière adéquate des opinions largement partagées sur le trouble mental (Wakefield, 2006). Ce qui constitue un dilemme sur le plan épistémologique n'en est pas forcément un sur le plan de la clinique en soins primaires, à condition de rester conscient du caractère pragmatique, et non absolu, des concepts. La conceptualisation, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques en soins primaires ont connu des modifications importantes au cours du siècle passé, aboutissant à une meilleure intégration des systèmes explicatifs médicaux et psychiatriques.

L'application de l'approche basée sur les données probantes à la psychologie présuppose de disposer à la fois :

- de concepts théoriques psychologiques opérationnels, avec des critères catégoriques et des critères de gravité permettant d'établir des hypothèses diagnostiques raisonnées
- d'approches thérapeutiques identifiées et suffisamment codifiées pour être reproductibles.

2.4.2. Les psychopathologies, le développement de leur étude scientifique, et les principaux systèmes de classification des troubles psychiques : DSM et CIM

Le terme de psychopathologie dans le sens d'une discipline scientifique est employé pour la première fois par Emminghaus en 1878, dans le titre d'un manuel universitaire allemand destiné à enseigner les troubles psychiques aux futurs psychiatres.

En France, le développement de la psychopathologie est marquée par Pinel qui défend l'idée que même porteur d'un trouble mental, l'être humain ne perd jamais totalement et intégralement la raison, et qu'il reste accessible à un "traitement moral". Pinel s'adresse aux malades en contournant leurs symptômes psychopathologiques pour créer une alliance thérapeutique avec leur partie "saine", sa psychothérapie consiste à amener les patients, après une crise, à une introspection et réflexion. Le courant organiciste prend ensuite le pas sur cette approche humaniste, et Ribot va créer un enseignement de psychopathologie basé sur la méthode pathologique, il étudie les troubles du fonctionnement psychique (la perception, la mémoire, la volonté, les sentiments, le langage) dans le but de comprendre le fonctionnement normal. Il voit en la psychopathologie un continuum entre l'esprit sain et malade : un trait de personnalité ou un symptôme psychique devient pathologique quand il est intense, durable et provoque une gêne ou souffrance significative pour la personne et/ou son entourage.

Janet, élève de Ribot, a enseigné au Collège de France en 1895. Il a conceptualisé le subconscient des années avant Freud et a été un précurseur dans de nombreux domaines du fonctionnement psychologique. Les publications de Freud et de certains de ses étudiants ont eu un impact considérable sur la conceptualisation des troubles mentaux, malgré le manque de précision et l'absence d'évidence empirique ; la catégorisation des troubles mentaux en trois grands groupes – les névroses, les psychoses et les perversions – s'est perpétué jusqu'à nos jours et reste prévalante dans certains pays, dont la France, comme le montre le récent débat autour de la prise en charge des troubles autistiques en France : en effet, selon la perspective psychanalytique, les troubles du spectre autistique sont censés faire partie des psychoses infantiles.

Sur le plan international, il n'existait pas de classification des troubles mentaux selon des critères scientifiques jusque dans les années 1980. Depuis l'arrivée de la DSM 3 puis de la CIM 10, en 1992, les modèles qui sous-tendent l'identification et la classification des troubles psychiques sont dits athéoriques, ils reposent sur une approche objectivante, privilégiant la description des symptômes sans proposer des hypothèse étio-pathogénique uniques. Ils proposent un découpage syndromique basé sur les résultats de la recherche clinique et épidémiologique.

Les deux principales classifications actuellement utilisées dans la plupart des études

épidémiologiques et cliniques dans le domaine des troubles psychiques sont d'origine anglo-saxonne et élaborées par consensus d'experts.

2.4.2.1. La Classification Internationale des Maladies ou CIM

En 1893, le médecin français Bertillon, présente la première *Classification des causes de décès* lors d'un congrès aux Etats Unis. Cette classification a fait l'objet de cinq révisions décennales jusqu'en 1938 et, à la création de l'OMS en 1945, celle-ci a fait évoluer la classification de Bertillon en incluant non seulement les causes de décès - la mortalité - , mais des différentes pathologies - la morbidité - ainsi qu'un chapitre sur les troubles mentaux dès la 6ème version publiée en 1949. Son objectif est de permettre une analyse systématique et une comparaison de différentes causes de mortalité et de morbidité, dans différents pays et à différentes époques.

C'est la classification diagnostique internationale la plus utilisée dans l'épidémiologie générale et la prise en charge sanitaire, elle permet l'analyse de la situation sanitaire générale des groupes de populations et la surveillance de l'incidence et de la prévalence des maladies et d'autres problèmes de santé.

Certains pays comme le Canada et l'Australie ont adapté le CIM à leurs besoins spécifiques. La CIM 10, qui devrait être remplacée par la prochaine version en 2015, est utilisée par tous les états membres de l'OMS depuis 1990 et était utilisée dans l'étude de l'OSM citée dans la partie 1.

2.4.2.2. Le DSM IV TR

Il a été remplacé depuis 2013 par le DSM V dont la traduction intégrale en français est disponible en France depuis le milieu de l'année 2015, ne traite que des troubles mentaux. Il est édité depuis le début des années 1950 par l'American Psychiatric Association, société savante américaine spécialisée en psychiatrie. Les premières éditions étaient basées sur les recherches de Kraepelin, puis sur celles de Sigmund Freud. Le DSM1 émerge en 1948 suite aux critiques formulées par l'American Psychiatric Association à l'encontre de la CIM-6. Ce n'est qu'à partir de la 3ème version révisée, le DSM III R qui comporte des critères opératoires, que le DSM va devenir un instrument diagnostique reconnu. Initialement élaboré à des fins de recherche épidémiologique et thérapeutique, il devient incontournable pour toute

recherche menée en psychiatrie, au point de supplanter la CIM. Depuis sa 4^{ème} édition, le DSM est aussi devenu un instrument d'enseignement. Les diagnostics de pathologie psychiatrique du DSM reposent sur l'identification clinique de syndromes. C'est un « catalogue » des pathologies mentales. Le DSM-IV est un système de classification catégorique. Chaque catégorie de troubles possède un code numérique tiré de la liste de codes CIM-10, utilisé pour des buts administratifs du service (incluant l'assurance) de la santé.

Le DSM IV TR et le modèle bio-psycho-social

Contrairement à ses prédécesseurs, et aussi contrairement à son successeur le DSM V qui n'a pas conservé cette approche multiaxiale (ce qui peut paraître regrettable), en effet le DSM IV TR permettait une évaluation sur plusieurs axes, chaque axe représentant un domaine particulier. Cette façon de présenter les différents aspects de l'état de santé du patient était susceptible d'aider le clinicien dans son choix thérapeutique et dans son pronostic.

Le système multiaxial s'inscrit dans le modèle biopsychosocial et permet d'intégrer, dans une même description clinique

- sur l'Axe I : les symptômes psychiques aigus manifestes
- sur l'Axe II : les affections psychiques susceptibles d'avoir des effets à long terme et d'influencer l'évolution et le traitement des troubles aigus. Noter les Troubles de la personnalité et du Retard mental sur un axe séparé est le garant de la prise en considération des Troubles de la personnalité ou du Retard mental susceptibles d'être négligés lorsque l'attention est exclusivement centrée sur les troubles de l'Axe I qui occupent habituellement le premier plan du tableau clinique. Le codage des Troubles de la personnalité sur l'Axe II ne signifie pas que leur pathogénie ou le choix du traitement approprié soit fondamentalement différents de ceux des troubles codés sur l'Axe I.

- Sur l'Axe III : des affections médicales générales concomitantes, susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou la prise en charge du sujet ayant un trouble mental :

Comme cela a été mentionné dans l'introduction, la distinction entre les troubles des Axes I, II et III, ne signifie pas qu'il existe entre eux des différences conceptuelles fondamentales, ni que les troubles mentaux ne sont pas liés à des facteurs ou à des processus physiques ou biologiques. Cela ne signifie pas non plus que les affections médicales générales ne sont pas liées à des facteurs ou à des processus comportementaux ou psychosociaux. Répertoire à part les affections médicales générales a en réalité pour objectif de compléter une évaluation minutieuse et d'amplifier la communication entre les professionnels de la

santé.

Les affections médicales générales peuvent être liées aux troubles mentaux de diverses façons. Dans certains cas, l'affection médicale générale joue un rôle étiologique direct dans le développement ou l'aggravation des symptômes mentaux selon un mécanisme physiologique. Lorsqu'on juge qu'un trouble mental est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, le diagnostic de « Trouble mental dû à une affection médicale générale » sur l'axe I est complété par l'enregistrement de l'affection médicale générale à la fois sur l'axe I et sur l'axe III.

Dans d'autres situations, les affections médicales générales sont enregistrées sur l'axe III en raison de leur importance pour la compréhension générale ou pour le traitement de la personne présentant le trouble mental. Un trouble de l'axe I peut être une réaction psychologique à une affection médicale générale de l'axe III : par exemple, un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive comme réaction au diagnostic de carcinome du sein. Certaines affections médicales générales peuvent ne pas être directement liées au trouble mental et, malgré tout, avoir d'importantes implications dans le pronostic ou le traitement. Par exemple lorsque le diagnostic sur l'axe I est un trouble dépressif majeur récurrent et sur l'axe III une arythmie, le choix du traitement pharmacologique dépend de l'affection médicale générale ; il en est de même lorsqu'un patient ayant un diabète sucré est hospitalisé pour l'aggravation d'une schizophrénie et que le traitement par l'insuline doit être monitoré.

- Sur l'axe IV : Problèmes psychosociaux et environnementaux : l'axe IV permet de rendre compte des problèmes psychosociaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux (axes I et II). Un problème psychosocial ou environnemental peut se présenter sous la forme d'un événement de vie négatif, d'une difficulté ou d'une déficience de l'environnement, d'un stress familial ou interpersonnel, d'une inadéquation du support social ou des ressources personnelles ou de tout autre problème relatif à un contexte dans lequel les difficultés de la personne se sont développées. Les facteurs de stress dits positifs tels qu'un avancement professionnel ne doivent être notés que s'ils constituent un problème, p. ex., quand la personne éprouve des difficultés à s'adapter à la situation nouvelle. Outre leur influence dans l'initiation ou l'exacerbation d'un trouble mental, les problèmes psychosociaux peuvent également être la conséquence de la psychopathologie du sujet ou encore constituer des difficultés qui doivent être considérées lors de la prise en charge.

- l'axe V consiste en une évaluation globale de la capacité actuelle du patient de fonctionner de façon adéquate dans son environnement : l'axe V permet au clinicien

d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu. Cette information est utile pour planifier le traitement, évaluer son impact et prédire son résultat, car le niveau de fonctionnement pourrait être mal évalué si l'attention du praticien était uniquement centrée sur l'évaluation du seul problème manifeste. L'enregistrement du fonctionnement global sur l'Axe V se fait à l'aide de l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (échelle GAF ou EGF). L'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 0 à 100 a été conceptualisée par Luborsky dans l'Échelle d'Évaluation Santé-Maladie (Luborsky, 1962). Cette échelle peut être particulièrement utile pour suivre globalement les progrès cliniques du patient.

L'utilisation du système multiaxial facilite une évaluation systématique et globale ; son format permet de saisir la complexité des différents facteurs affectant l'état de santé du patient et de décrire l'hétérogénéité des sujets qui ont le même diagnostic. Il est également pratique pour le classement et la communication des informations cliniques, facilitant l'échange entre professionnels.

2.4.3. Limites des systèmes de catégorisation des troubles mentaux

La valeur clinique du DSM et de la CIM 10 est l'objet de critiques de la part de nombreux psychiatres et médecins généralistes qui mettent en avant le risque de céder à une « psychiatrisation » excessive de l'état de souffrance et de satisfaire l'industrie pharmaceutique. Certains auteurs regrettent cette prédominance qui aurait pour effet d'appauvrir la psychopathologie et d'assécher la recherche de découpages nosologiques alternatifs. La cinquième version, parue en 2013 et publiée en France en 2015, est controversée en raison de la création de nouvelles entités nosologiques qui n'apporteraient pas d'avancée clinique réelle, mais risqueraient d'augmenter la prescription de psychotropes en « pathologisant » certains états émotionnels et des comportements courants (*disease mongering*).

Cette difficulté tient en grande partie à une différence entre les systèmes de santé européens et américains. En fait, un des objectifs du DSM depuis sa création n'est pas d'ordre scientifique mais administratif : aux Etats Unis, seuls les traitements des affections clairement définies et répertoriées dans une nomenclature reconnue ouvrent droit à remboursement par les organismes d'assurance maladie. Si un MG prescrit un traitement pour un trouble non-répertorié, celui-ci ne sera pas pris en charge par l'assurance. Le prescription des psychotropes

est un marché extrêmement important pour l'industrie pharmaceutique et le lobbying pharmaceutique auprès des commissions et groupes d'experts travaillant sur la rédaction du DSM est malheureusement une réalité. Mais cet état de fait ne retire pas pour autant, à notre sens, leur validité aux systèmes de classification qui constituent un guide largement validé pour la détection et l'identification des troubles psychiques. La vigilance est nécessaire afin de reconnaître certains excès, et une bonne formation des MG à ces outils permettra justement d'en éviter les pièges.

Par ailleurs, la CIM et le DSM occupent une place de quasi-monopole, et tendent à faire négliger d'autres systèmes de classification. Il existe bien évidemment de nombreux autres systèmes de classification des pathologies somatiques et/ou psychiques, à visée générale ou ciblant plus spécifiquement certaines catégories de population. Ainsi La Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) a été établie en 1987 sous la direction du pédopsychiatre R. Misès pour pallier aux manques et à la vision réductionniste et économique des systèmes internationaux. Cette classification avait pour but, à l'origine, de proposer un système de recueil de données cliniques facilement utilisable par les cliniciens, car elle respectait les modalités de raisonnement du diagnostic en pédopsychiatrie. Les qualités de la CFTMEA et sa bonne congruence avec la démarche diagnostique en pédopsychiatrie, ont valu à cette classification d'être largement utilisée en France, mais aussi dans de nombreux pays, seule ou en association avec la CIM-10. Elle est la seule classification de référence en pédopsychiatrie pour les autorités de santé et a reçu le soutien du centre collaborateur de l'OMS ainsi que l'agrément de la Fédération française de psychiatrie. La CFTMEA prend en compte des aspects propres à l'enfance et à l'adolescence qui sont absents ou peu développés dans les classifications généralistes CIM-10 et DSM-IV-TR. Ces dernières proposent une description clinique des syndromes sans tenir compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Les principaux systèmes actuels de classification des troubles mentaux se veulent purement descriptifs, c'est à dire recenser signes et symptômes sans proposer d'hypothèse étiopathogénique. La lecture des critères diagnostiques aussi bien de la CIM que du DSM, correspondant chacun à plusieurs centaines de pages, rappelle la complexité des troubles psychiques et pose la question de leur utilité pour le MG. Un évident souci de précision et d'exhaustivité, justifié dans le domaine de la recherche, de l'épidémiologie et de l'enseignement, rend ces outils peu pratiques et plutôt encombrants dans la clinique

quotidienne. Comme nous l'avons vu dans la partie empirique, ils sont très peu consultés par les MG français. En effet, en soins primaires, le praticien ne cherche pas à établir un diagnostic mental exhaustif. Dans une situation clinique où les signes et symptômes sont encore flous et équivoques, le médecin généraliste cherche à comprendre les symptômes psychiques et somatiques du patient en s'appuyant sur des catégories nosographiques validées mais en acceptant un degré d'incertitude inévitable, afin de guider l'approche thérapeutique de façon rationnelle tout en étant rapidement efficace.

2.5. Psychopathologies et leur traitement en soins primaires : pharmacothérapie, psychothérapie non-spécifique et psychothérapies spécifiques

2.5.1. La Pharmacothérapie

Comme nous l'avons vu dans la partie 1, la pharmacothérapie exclusive est le traitement le plus fréquemment proposé aux patients présentant des troubles psychiques, en dehors de la psychothérapie non-spécifique que constitue la relation médecin-malade.

D'après le rapport sur l'usage des médicaments psychotropes (Brion, 2006), en 2006 la France se situait au deuxième rang mondial, après les Etats Unis, pour la consommation pharmaceutique globale, et au premier rang parmi les pays européens pour la consommation de psychotropes - antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, hypnotiques et psychostimulants.

Un français sur quatre a consommé un psychotrope au cours des 12 derniers mois, cette proportion monte à une femme sur deux et un homme sur trois, pour les plus de 60 ans. Les prescriptions de psychotropes augmentent de façon significative chez l'enfant et l'adolescent.

Le coût global des remboursements par la Sécurité Sociale a quasiment triplé entre 1980 et 2004, en raison d'une augmentation de volume de prescription et d'une augmentation du prix à l'unité. Le principal facteur dans cette hausse est l'arrivée des antidépresseurs de type ISRS (inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine). Le nombre de personnes traitées par antidépresseurs est passé de 2,8% de la population générale en 1994, à 5% en 2003 et 50% des psychotropes prescrits en 2004 étaient des antidépresseurs alors que le volume d'anxiolytiques et d'hypnotiques prescrits est resté sensiblement stable.

Il s'agit de molécules à visée exclusivement symptomatique, qui n'ont pas pour objectif

de traiter les causes des troubles mentaux. Leur prescription fait partie de la prise en charge psychiatrique, mais sans la résumer (Brion, 2006).

Comme le souligne Brion, cette évolution de la prescription de psychotropes met en relief une évolution de l'offre pharmaceutique et également l'évolution des attitudes envers les troubles psychiques, autant dans la population que chez les médecins et notamment chez les généralistes. La médiatisation des troubles psychiques, la multiplication des ouvrages psychologiques de vulgarisation et la disponibilité de traitements efficaces sur les symptômes, ont contribué à dédramatiser la notion de trouble mental et en même temps à modifier la perception subjective des problèmes psychiques passagers et courants, qui tendent à être davantage assimilés à des symptômes d'un trouble caractérisé. Le même phénomène de pathologisation des difficultés psychiques normales passagères a été d'ailleurs décrit par Sargueil (2012), Duval (2012) et l'éditorialiste du *Lancet* (2012). Le patient souhaite être soulagé, le médecin souhaite soulager, et les psychotropes actuellement disponibles paraissent présenter globalement un profil de prescription suffisamment sécurisant – bonne efficacité sur les symptômes, effets secondaires acceptables – pour constituer une réponse rapide et raisonné à la souffrance psychique.

De nombreux médecins tiennent compte de l'insuffisance de cette réponse thérapeutique purement symptomatique à la souffrance psychique, et utilisent différents types d'approches psychothérapeutiques en complément à la pharmacothérapie.

2.5.2. Psychothérapie non-spécifique

Balint a été un des principaux auteurs décrivant l'exercice de la psychothérapie du praticien – le remède médecin (Balint, 1957) : le médecin généraliste se montre attentif à l'expression verbale et non verbale de son patient, à la relation thérapeutique et à ses propres réactions. La psychothérapie non spécifique est habituellement utilisée par les médecins généralistes. Il s'agit d'une thérapie de soutien ou d'une attitude psychothérapeutique que le médecin va adopter notamment dans les situations où une souffrance psychique est verbalisée par le malade ou face à un trouble psycho-somatique, quand le patient consulte pour une souffrance somatique et que le médecin veut partager avec son patient l'hypothèse d'une participation psychique.

Elle a plusieurs objectifs : favoriser l'expression du patient afin de créer un climat relationnel d'échange et de confiance, permettre au patient de prendre un peu de recul par

rapport à ses problématiques présentes afin de les tolérer un peu mieux, permettre au médecin d'acquérir une compréhension clinique de la situation du patient afin de formuler des conseils et orienter le patient vers des prises en charge spécifiques adaptées. La psychothérapie de soutien ne comporte pas de techniques spécifiques ou de stratégie thérapeutique clairement définie, mais est basée sur l'écoute active, l'attitude empathique et le bon sens. C'est une attitude psychothérapeutique spontanée qui produit des résultats aléatoires, mais perceptibles par le patient (Tranchée-Vergé, 2008). Elle comporte des éléments non-spécifiques essentiels, communs à toutes les psychothérapies.

2.5.3. Modèles psychothérapeutiques utilisés en soins primaires

2.5.3.1. L'Hypnose Médicale et l'hypnothérapie

La compréhension de l'hypnose médicale repose sur une conceptualisation de la conscience humaine comme un continuum variant entre deux pôles : d'une part la conscience « consciente » qui traite l'information de façon séquentielle, analytique mais restreinte car capable de porter son attention à un nombre limité d'éléments et, d'autre part une conscience inconsciente support de la totalité des souvenirs stockés en mémoire à long terme : des perceptions des sens externes et internes, des résultats et des possibilités d'apprentissage.

Avec l'accord éclairé du patient, le praticien utilise différentes techniques de suggestion afin d'accompagner, chez le patient, le passage de l'un à l'autre de ces états de conscience. L'hypnose médicale est basée essentiellement sur la qualité de la relation thérapeutique : la présence du médecin, son attention au patient, l'échange entre patient et médecin constituent le premier remède et rendent possible l'efficacité des autres remèdes.

L'utilisation médicale des états modifiés de conscience, qui remonte aux origines de la médecine, a connu un développement majeur dans la Grèce antique puis a été introduite dans le système européen des soins psychiques par Mesmer qui, en 1766, soutient sa thèse en médecine consacré au magnétisme animal et son rôle dans le traitement de divers troubles somatiques et psychopathologiques. L'hypnose médicale a ensuite connu une évolution importante, notamment grâce aux travaux cliniques des chirurgiens Elliotson et Esdale puis de Faria, et les travaux de M. Erickson aux Etats Unis peuvent être considérés comme le point de départ d'une recherche fondamentale et clinique permettant une reconnaissance de l'hypnose médicale par la communauté scientifique (Memlouk, 2012).

La neuro-imagerie fonctionnelle montre qu'il existe un substrat neurologique aux changements produits par l'expérience hypnotique, avec des modifications importantes et

reproductibles de l'activité cérébrale. Les zones cérébrales concernées sont, entre autre, celles qui sous-tendent la perception corporelle, la production d'images mentales ou le traitement de l'information émotionnelle.

L'hypnose permettant de modifier des représentations dysfonctionnelles et une distanciation par rapport à un problème psychique ou somatique : relativiser et dédramatiser une situation, remettre un problème en perspective, envisager de nouveaux points de vue ; elle peut être efficace dans des prises en charge de troubles psychiques ou psycho-somatiques et pour modifier des comportements nocifs comme les addictions et les troubles du comportement alimentaire.

Elle est utilisée couramment dans de nombreux pays par des praticiens spécifiquement formés, d'une part en médecine dans le contrôle de la douleur somatique chronique et aiguë, la motivation et la modification des comportements de santé néfastes et, d'autre part, en tant que stratégie psychothérapeutique dans des troubles psychopathologiques chroniques complexes, tels que le psychotrauma de type 2, la dépression chronique, les troubles de la personnalité (Malarewicz, 2012).

En France, elle est reconnue comme discipline universitaire depuis la création du premier Diplôme Universitaire en 2000. Elle est appliquée dans 40% des centres antidouleur, dans de nombreux établissements l'hypno-anesthésie remplace l'anesthésie loco-régionale pour des interventions chirurgicales et des chirurgiens-dentistes l'emploient au quotidien notamment pour des patients présentant une phobie dentaire ou une allergie/intolérance aux anesthésiques (Tosti, 2015).

Il est évident que l'utilisation de l'hypnose médicale et de l'hypnothérapie devrait être réservée aux professionnels de santé ayant suivi une formation théorique et clinique spécifique de haut niveau.

2.5.3.2. Modèles médicaux comportant un aspect psychothérapeutique:

L'homéopathie

Selon le modèle homéopathique, fondé il y a environ 200 ans par le médecin allemand Hahnemann, les pathologies résultent d'un déséquilibre des forces vitales qui pourra être rétabli par une médication très individualisée, adaptée aux symptômes actuels et passés du patient, après une phase d'observation, d'interrogatoire et d'examen clinique approfondi.

Au même titre que les symptômes somatiques, les symptômes psychiques du patient font partie intégrante de cette observation clinique permettant de déterminer le remède

homéopathique adapté. Les domaines d'utilisation de l'homéopathie sont toutes les pathologies aiguës et chroniques à condition que les facultés d'auto-régulation de l'organisme soient encore fonctionnelles.

Le corpus de savoirs sous-tendant l'homéopathie est important et son enseignement fait partie intégrante de la formation médicale initiale dans de nombreux pays européens. La médecine homéopathique dispose de plusieurs centaines de remèdes permettant un traitement précis de troubles variés et qui sont quasiment dépourvus d'effets secondaires. Les domaines d'application sont les maladies infectieuses courantes, les maladies de la peau, les allergies, la migraine, les troubles gynécologiques, les troubles de l'attention et la pédiatrie dans son ensemble, les enfants étant supposés réagir de façon particulièrement favorable au traitement.

Les remèdes homéopathiques sont prescrits en première intention dans de nombreux troubles psychiques légers et notamment anxio-dépressifs par de nombreux généralistes français

La Personnalité comme facteur de risque somatique : les travaux de Friedman et Rosenham

Dans les années 1950, les cardiologues américains Friedman et Rosenham mènent une étude clinique longitudinale incluant 3000 patients mâles afin de déterminer si le comportement des personnes peut influencer sur leur risque cardiovasculaire. Les résultats amènent les chercheurs à formuler le profil de type A – personnalité compétitive, hyperactive – qui développerait davantage des maladies cardio-vasculaires, alors que les individus à personnalité soumise ou très passive – profil de type B- développerait plutôt des maladies néoplasiques ou auto-immunes.

Si les recherches ultérieures n'ont pas confirmé les dimensions de la personnalité A, de nombreux généralistes notamment du nord de l'Europe ont inclus ce concept dans leur approche clinique du patient cardio-vasculaire.

2.5.3.3. L'approche psychanalytique

L'approche psychanalytique basée sur les travaux de Freud et de ses étudiants (dont Férénci, Jung, Adler et, surtout en France, Lacan) occupe la première place dans la conceptualisation et le traitement des troubles psychiques à partir de la fin du 19ème siècle, d'abord en Europe puis également outre-Atlantique.

L'approche freudienne situe l'origine des troubles psychiques dans des expériences traumatisantes, des conflits et frustrations survenus dans l'enfance. La sexualité infantile et ses

avatars, les traumatismes d'ordre sexuel tels que abus, maltraitances, inceste ou environnement qualifié d'incestuel, constituent l'élément-clé de la pathogénèse psychique et somatique psychanalytique. Si la personne ne parvient pas à dépasser ces conflits et traumatismes liés à la première et deuxième enfance ou à les refouler ou les réprimer de façon adéquate par la mise en œuvre de défenses psychiques adaptés, ces conflits inconscients peuvent entraîner l'apparition de symptômes morbides, soit psychiques (névroses, psychoses, perversions) soit physiologiques (maladies psycho-somatiques telles qu'allergies, maladies auto-immunes, troubles cardio-vasculaires, problèmes digestifs).

L'approche psychanalytique des maladies psycho-somatiques met en avant le lien entre un profil de personnalité particulier et la susceptibilité de développer une maladie psycho-somatique plutôt qu'une autre. Notamment la notion d'alexithymie, c'est à dire la difficulté à identifier, à verbaliser et à exprimer les émotions, serait prépondérante dans l'étiopathogénie des troubles psychosomatiques. (Sifnéos, 1977, Marty, 1998 ; Sami-Ali 2015).

En psychiatrie psychanalytique, la notion de symptôme n'est pas la même qu'en médecine. Pour les praticiens du courant psychanalytique, un symptôme d'origine psychique, qu'il s'exprime dans le domaine du psychisme ou dans le domaine somatique, ne doit pas constituer la cible thérapeutique et le praticien ne doit pas chercher à le modifier. Ceci pour plusieurs raisons :

- le symptôme participe de la liberté d'expression subjective de la souffrance de l'individu, et la suppression du symptôme équivaut à une restriction de cette liberté.

- selon le schéma de l'équilibre des forces pulsionnelles, la suppression d'un symptôme pourrait conduire à l'émergence incontrôlable d'une autre problématique (le déplacement du symptôme). Par exemple, lors de la psychothérapie d'un patient atteint de Trouble Obsessionnel et Compulsif, le thérapeute ne devrait pas inciter son patient à modifier les rituels compulsifs par crainte de voir apparaître un déplacement des symptômes avec éventuellement une décompensation d'ordre psychotique avec désorganisation de la personnalité.

La psychothérapie analytique classique est représentée par la cure psychanalytique, consistant en séances rapprochées (2 ou 3 par semaine) pendant une période prolongée (2 ans ou plus) destinées à aider le patient à comprendre et dépasser ces conflits inconscients. Lors des séances le patient verbalise les pensées qui lui viennent spontanément à l'esprit. Le thérapeute reste principalement dans l'écoute silencieuse et propose parfois une interprétation destinée à relier une pensée exprimée à un conflit inconscient. La relation thérapeutique entre

le patient et son psychanalyste doit être suffisamment élaborée pour permettre le transfert, lors duquel le patient projette sur le thérapeute sa relation infantile aux parents, afin d'élaborer et de dépasser les conflits et désirs inconscients liés à cette relation et d'accéder à une émotionnalité et une sexualité matures, adultes.

Il s'agit d'une thérapie basée essentiellement sur la qualité du lien thérapeutique (le lien de transfert) et dont la procédure est peu spécifique, elle ne propose pas d'interventions spécifiques pour les différents types de troubles psychiques.

Les praticiens de la psychanalyse s'opposaient pendant longtemps à la vérification scientifique de l'efficacité des méthodes psychanalytiques. Depuis quelques décennies, des thérapies individuelles brèves d'inspiration psychanalytique ou psychodynamique sont apparues, et le courant psychanalytique commence à s'ouvrir davantage aux méthodes scientifiques ; certaines stratégies psychodynamiques sont utilisées, souvent avec succès, dans le traitement de la dépression pathologies.

2.5.3.4. Les thérapies familiales systémiques

La perspective systémique voit les troubles psychiques individuels sous l'aspect des conflits relationnels qu'il vit dans ses différents contextes sociaux, surtout l'environnement familial.

Développées par l'Ecole de Palo Alto (Bateson, et autres) à partir d'une modélisation mathématique des interactions humaines, et enrichis par de nombreux apports cliniques, notamment ceux de Satir, les thérapies familiales systémiques s'adressent à la cellule familiale entière ; elles ont pour objectif de modifier des *patterns* de communication intra-familiale pathologiques. Elles ont été initialement conçues pour et appliquées avec des patients schizophrènes et leurs familles : une observation précise de la communication explicite (le contenu) et implicite (le comportement non-verbal, le type de relation) entre les membres de la famille permet au thérapeute de proposer et d'introduire des changements précis, visant à améliorer le fonctionnement global du système familial et à diminuer la symptomatologie chez le membre de la famille qui est le « patient désigné » (Sexton, Alexander, & Mease, 2004). Depuis 1990 des études établissent l'efficacité de la thérapie familiale dans différentes indications : maladies physiques et psychosomatiques chroniques, psychopathologie de l'enfant et de l'adulte, difficultés psychosexuelles, abus de substances. Dans certains pays d'Europe elle est reconnue par le corps scientifique comme une approche fondée sur des résultats probants notamment au Royaume Uni, en Allemagne, en Finlande.

La thérapie familiale peut aider les membres d'une famille à utiliser leurs

propres ressources en se soutenant l'un l'autre dans de nombreuses situations stressantes dont la maladie mentale et physique.

2.5.3.5. Les psychothérapies humanistes

Psychothérapie centrée sur la personne selon Rogers : Issue des travaux cliniques du psychologue américain Rogers dans les années 1940, elle est aussi désignée comme thérapie non-directive, car Rogers postulait la nécessité, pour le thérapeute, de ne pas interférer avec l'expression verbale et la réflexion du patient. Le rôle du praticien consiste à pratiquer une écoute empathique et attentive et à relancer l'expression verbale du patient par des interventions minimales, codifiées, pendant que le patient avance à son rythme dans la découverte de son propre psychisme. Le patient est considéré comme un partenaire autonome dans la relation thérapeutique : le praticien ne détient pas le savoir mais exerce un rôle de "repère stable favorisant l'émergence du sens à partir des symptômes et affects du patient" (Kandel, Bousquet & Chouilly, 2015, p. 92). L'approche rogerienne centrée sur la personne est l'exemple-type d'une relation médecin-malade dite d'intégration psychosomatique et d'autonomie, particulièrement adaptée à la prise en charge de situations cliniques aux interactions complexes entre troubles somatiques et éléments psychologiques.

La Gestalt-Thérapie : Basée sur les travaux cliniques du psychiatre allemand Fritz Perls dans les années 1950, la Gestalt est centrée sur la façon dont la personne s'adapte à son environnement et sur la perception interne et l'expression des émotions. Elle cherche moins à découvrir les causes historiques des difficultés de la personne qu'à améliorer ses processus relationnels et expressifs actuels par des approches verbales et non-verbales, créatives, émotionnelles etc... Dans de nombreux pays, des formations privées très structurées d'environ 3 ans permettent de se former aux aspects théoriques et pratiques de la Gestalt-Thérapie (Ambrosi, 1997).

L'Analyse Transactionnelle : Basée sur les travaux cliniques du psychiatre et psychanalyste Berne dans les années 1950-1960, la TA repose sur le postulat que des croyances dysfonctionnelles et des habitudes relationnelles négatives prises pendant l'enfance peuvent altérer la qualité de vie à l'âge adulte et qu'une analyse des échanges verbaux et non-verbaux permet leur mise en relief et leur modification. La TA est utilisée actuellement en psychothérapie, mais également dans le coaching et en psychologie sociale dans l'analyse du

fonctionnement des systèmes tels que entreprises, groupes, organisations.

La Programmation Neuro-Linguistique : Mise au point dans les années 1970, la PNL constitue une communication verbale et non-verbale dont l'objectif est l'instauration d'une relation de qualité et la modification de pensées. Même si elle a son origine dans une observation minutieuse des interventions thérapeutiques de psychothérapeutes de renom (Perls, Satir, Erickson), il s'agit davantage d'un ensemble de techniques de communication et de modification des représentations mentales que d'une approche psychothérapeutique à proprement parler ; la PNL ne fait pas appel à une nosologie psychopathologique et est utilisée, en dehors du contexte clinique médical et psychiatrique, dans le management, le marketing et le coaching.

Le defusing et le débriefing sont des interventions psychothérapeutiques proposées par un psychologue ou un médecin, spécialement formés, dans les suites immédiates et post-immédiates d'un événement potentiellement traumatique (AVP, attentat, catastrophe naturelle, action de guerre).

Les techniques médiatisées utilisent comme vecteur de relation thérapeutique et de changement, non seulement la parole mais l'expression artistique (art-thérapie, musicothérapie), le toucher (haptonomie), les animaux, notamment le cheval (hippothérapie) et le chien, etc...

Les Groupes d'Alcooliques Anonymes, de Joueurs Anonymes... Il s'agit d'une forme de psychothérapie et de sociothérapie de groupe pour personnes souffrant d'une dépendance avec ou sans substances. Il s'agit d'une combinaison de soutien social, de travail motivationnel et d'intégration sociale, qui propose des séances de groupe régulières au programme codifié, destinées à aider la personne à maintenir l'abstinence et à reorganiser sa vie quotidienne sans la substance ou l'activité addictogène.

En Allemagne, où la psychothérapie des troubles mentaux fait l'objet d'un remboursement par les caisses d'assurance maladie au même titre que la pharmacothérapie, qu'elle soit réalisée par un médecin ou un psychologue ou un psychothérapeute, les psychothérapies humanistes attendent depuis 2012 leur agrément par le WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie ou Conseil Scientifique psychothérapie) en tant

que psychothérapies scientifiquement validées au même titre que la Thérapie cognitive et comportementale, l'approche psychanalytique et la thérapie familiale systémique.

2.5.3.6. La psychothérapie cognitivo-comportementale et la médecine comportementale

On peut décrire la médecine comportementale comme une orientation psychothérapeutique moderne mettant les avancées théoriques et cliniques de la psychologie scientifique et empirique au service de la médecine. Son objectif est la résolution des problèmes et la modification des habitudes comportementales négatives dans le domaine des comportements de santé. La médecine comportementale trouve ses origines dans les pays anglo-saxons, au début des années 1980. Sur le plan international, la médecine comportementale s'est surtout développée au Royaume Uni, en Europe du Nord, aux Etats Unis et au Canada, où elle fait partie intégrante de la FMI (DiTomasso, Golden & Morris, 2010). Elle est basée sur de nombreuses études cliniques et méta-analyses qui documentent l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale dans de très nombreux troubles psychiques et somatiques ainsi que dans les situations cliniques complexes à intrications psycho-somatiques multiples, comme les douleurs chroniques, les troubles dits « fonctionnels », les comportements de santé négatifs, la réadaptation psycho-sociale après une maladie grave. Dans le cadre des soins primaires, en dehors d'une T.C.C. formelle, des éléments du modèle cognitif et comportemental peuvent être utilisés de manière circonstancielle pour aider les patients à résoudre un problème circonscrit, bien focalisé. C'est ce que les Anglo-Saxons appellent la technique du *«problem solving»*, qui fait partie intégrante du modèle de médecine comportementale (Lalive-Aubert, 2004).

La médecine comportementale

Les modèles comportementaux de l'apprentissage contribuent à comprendre l'apparition, le maintien ou la disparition des comportements de santé. Selon le modèle comportemental, ces comportements de santé sont influencés par des stimuli présents dans l'environnement, des apprentissages directs et vicariants, et des contraintes environnementales.

La médecine comportementale se fixe pour objectif principal de placer le patient et non la maladie dont il peut être porteur, au centre du dispositif des soins primaires. La relation thérapeutique évolue d'une position passive du patient qui attend que le médecin l'aide, vers une collaboration thérapeutique où, idéalement, le praticien apporte son expertise dans la

connaissance des maladies, ainsi que son savoir-faire relationnel et où le patient apprend à connaître, dans les grandes lignes, sa maladie et à agir au quotidien afin d'instaurer des comportements bénéfiques pour sa santé dans différents domaines : gestion du stress, comportements alimentaires adaptés au style de vie, maîtrise de la consommation de substances et de la consommation médicamenteuse, observance médicamenteuse.

Quand on étudie l'apparition et l'évolution de n'importe quel type de pathologie, on ne peut que constater que le comportement du patient constitue un élément essentiel dans les processus morbides. Les comportements de santé sont généralement d'ordre répétitif et constituent des habitudes comportementales fortement ancrés.

Comprendre le rôle de l'apprentissage dans la genèse des comportements de santé permet de prédire les comportements de santé du patient et éventuellement de les modifier. Les théories de l'apprentissage (Hergenhahn & Olson, 2005 ; Wolpe, 1990) montrent comment des comportements de santé nocifs peuvent être réappris et modifiés.

La médecine comportementale est une approche basée sur les preuves dont l'objectif est de mettre au point les bases théoriques, les approches évaluatives et les interventions comportementales pour préserver la santé et réduire les risques de comportements nocifs. Les interventions utilisées en médecine comportementale sont choisies selon des critères scientifiques d'efficacité et de spécificité. Une conceptualisation du cas précède toute intervention : l'intégration des données bio-psycho-sociales permet de formuler une hypothèse diagnostique argumentée. La psycho-éducation tient une place importante en médecine comportementale, car le patient est considéré

L'efficacité de l'intervention choisie est évaluée tout au long du traitement. Des instruments d'évaluation comportementale adaptés aux comportements qu'on veut observer permettent d'observer l'évolution du comportement dans le temps. Basés sur l'auto-observation du patient : agendas du sommeil, chartes de pesée, horaires et modalités des activités sportives, échelles analogiques de douleur pour évaluer intensité douloureuse au cours de la journée. En fin de traitement, l'accent est mis sur la prévention des rechutes, et sur la généralisation des comportements de santé nouvellement acquis (Compton et al, 2004).

2.6. Situation actuelle de la Formation médicale initiale (FMI) et continue

(FMC) aux troubles psychiques, à la relation thérapeutique et aux psychothérapies

L'approche cognitivo-comportementale est actuellement reconnue comme la méthode psychothérapeutique permettant la meilleure intégration des différentes dimensions du modèle bio-psycho-social et leur opérationnalisation concrète dans la conceptualisation du cas clinique et la mise en place du projet thérapeutique. Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la santé, dans 41% des pays, il n'existe pas de FMI en santé mentale destinée aux professionnels de santé intervenant en soins primaires. (OMS, 1995), et dans les pays où elle existe, comme en Europe et aux Etats Unis, le volume horaire est très réduit.

Quel est le profil de la formation des MG dans le domaine des psychopathologies, du modèle bio-psycho-social, des T.C.C. en France et dans d'autres pays industrialisés?

2.6.1. En France

Déroulement des études médicales en France : Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les facultés de médecine, elles permettent aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière au sein des centres hospitaliers et universitaires. Les études médicales comportent quatre parties dont la durée totale est de 9 à 11 années .

La Première Année Commune des Etudes de Santé – ou PACES – est commune à différentes professions médicales et paramédicales (médecine, maïeutique, pharmacie, kinésithérapie, odontologie, ergothérapie) ; la réussite du concours en fin de PACES conditionne l'admission au deuxième cycle d'études médicale où l'étudiant, en deux années pré-cliniques, va préparer le Diplôme de formation générale en sciences médicales.

Les trois années cliniques du Second Cycle des Etudes Médicales sont "consacrées à l'étude des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention, ainsi qu'à l'étude de l'organisation des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soins, de la déontologie et de la responsabilité médicale" (site internet de l'Université de Nantes). À la fin du second cycle, le concours de l'internat sanctionne l'accès au troisième cycle ou DES ; en fonction de ses résultats, l'étudiant choisit parmi 11 spécialités dont la médecine générale et pendant 3 à 5 ans, va exercer à titre d'interne en milieu hospitalier et chez des praticiens

certifiés maîtres de stage, afin de préparer son diplôme de docteur en médecine.

En 2015, le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) demande que la durée de l'internat en médecine générale soit amené à 4 ans, au lieu des 3 ans actuels.

Formation médicale initiale (FMI) en psychopathologie :

Le volume horaire de l'enseignement concernant la psychopathologie - diagnostic, traitement, aspects relationnels- reste assez réduit.

Quelques exemples :

- À la Faculté de Limoges, Année universitaire 2012-2013 : En PACES, sur 11 unités d'enseignement, 2 concernent le domaine de la psychologie/psychiatrie (santé, société, humanité). En 2ème et 3ème année, sur 62 modules d'enseignement, 5 concernent la psychopathologie et sont centrés sur la somatisation, la dépression et les conduites suicidaires. En DES de Médecine générale, sur 200 heures d'enseignement théorique, 20 heures concernent les aspects relationnels et notamment la communication médecin malade.

- À la faculté de Médecine de Nantes, en DFGSM 2 et 3, sur environ 600 heures de cours théoriques, 80 sont consacrés à la thématique Santé, société, humanité. Le Collège National des Généralistes Enseignants ayant fixé comme une priorité le développement de la dimension relationnelle et la communication médecin-malade, depuis peu, à la faculté de médecine de l'université de Nantes, en DFGSM 3, chaque étudiant bénéficie d'un enseignement de la relation patient-médecin à partir de scénarios cliniques pré-établis et joués par des acteurs.

- À la Faculté de Médecine de Toulouse, l'enseignement du DES de Médecine générale a été réorganisé depuis la rentrée 2010 autour des situations cliniques proposés dans le Référentiel Métier et Compétences du Médecin Généraliste (CNGE, 2009) : un enseignement de 6 heures concerne le patient anxio-dépressif et les troubles du sommeil ; un enseignement de 6 heures concerne le patient alcool-tabagique, et développe notamment l'entretien motivationnel.

- À la Faculté de médecine de Montpellier, en PACES, sur 8 unités d'enseignement 1 concerne la thématique Santé société humanité ; en DFGSM 2 et 3, sur 28 unités d'enseignement obligatoire, aucune ne concerne la psychopathologie, mais parmi les unités d'enseignement libres les étudiants peuvent choisir des enseignements à visée psychologique, comme l'éducation thérapeutique, et la thématique violence et souffrance.

Dans le programme d'autres universités françaises on constate également que des volumes horaires très réduites sont consacrés à la psychopathologie.

En ce qui concerne les concepts étio-pathologiques enseignés, nous proposons de prendre ici l'exemple du Polycopié d'Enseignement de Sémiologie Université de Nantes rédigé par le Collège national des enseignants de médecine interne (2013). Il comporte 13 chapitres, 289 pages dont 1 chapitre de 12 pages consacré à la sémiologie psychiatrique.

La première partie de ce chapitre est consacrée à l'exploration systématique des grandes fonctions neuro-psychologiques : troubles du langage, de la vigilance, de la mémoire, de la psycho-motricité (compulsions et les impulsions), des émotions (troubles de l'humeur et troubles anxieux), troubles de la pensée (troubles du cours de la pensée et du contenu de la pensée). Une deuxième partie présentant la sémiologie élémentaire de quelques psychopathologies les plus fréquentes, selon le DSMIV : la dépression majeure, les autres troubles de l'humeur, le trouble panique, les autres troubles anxieux, les TCA et les troubles des conduites sexuelles

Les grandes entités cliniques présentées sont :

- les troubles psychiatriques et troubles de la personnalité
- les névroses et psychoses

La distinction entre névroses et psychoses est faite sur la base d'une rupture avec le sens de la réalité, et en référence à la théorie psychodynamique, avec la présentation de certains termes appartenant à la théorie psychanalytique : relation d'objet, conflit intrapsychique, narcissisme, oedipe etc.

Aucune mention n'est faite des théories cognitivo-comportementales.

Les auteurs citent comme objectifs de l'enseignement:

- Comprendre en quoi l'examen psychiatrique se distingue de la sémiologie des différents appareils.
- Savoir distinguer troubles mentaux et troubles de la personnalité.
- Savoir distinguer névroses et psychoses.
- Savoir reconnaître un trouble de l'humeur : état dépressif, état maniaque.
- Savoir reconnaître une anxiété pathologique : anxiété généralisée, anxiété paroxystique (trouble panique).
- Savoir définir et reconnaître une hallucination.
- Savoir définir et reconnaître une obsession, une compulsion, une impulsion, un passage à l'acte.
- Savoir définir un délire par son mécanisme, ses thèmes, et son degré de systématisation.
- Savoir interroger un patient sur ses troubles du sommeil.

- Savoir définir et reconnaître une conduite addictive.
- Savoir reconnaître les principaux troubles du comportement alimentaire.
- Comprendre et mettre en pratique les particularités de l'examen psychiatrique :
 - Empathie : témoigner activement de son intérêt pour les émotions, les valeurs et l'histoire du sujet, mais sans se montrer artificiellement rassurant ou chaleureux.
 - Neutralité : faire preuve de neutralité et de réserve, mais pas de froideur.
 - Etre attentif aux émotions que déclenche le contact avec le patient (sympathie, irritation, apitoiement, peur, etc.), dont le médecin doit être conscient pour que son jugement ne s'en trouve pas biaisé.
- Savoir structurer un entretien psychiatrique : au cours du premier temps de l'entretien, se montrer aussi peu directifs que possible ; c'est un temps d'écoute, sans toutefois laisser s'installer un silence pesant si le patient éprouve des difficultés à s'exprimer librement. Au cours du second temps, poser des questions : obtenir des précisions sur les symptômes, les grandes fonctions psychiques (fonctions intellectuelles et perceptives, état affectif, conduites instinctuelles et sociales, etc.).
- Comprendre la valeur thérapeutique de l'examen psychiatrique : les modalités de la relation nouée à l'occasion de l'entretien initial engagent largement la qualité de la suite des soins.

On constate l'importance accordée aux compétences relationnelles et à la réalisation de l'entretien clinique. Mais leur apprentissage reste théorique, en 2014 aucun stage pratique en psychiatrie ne faisait partie du cursus des futurs généralistes (Regnier, 2014) et l'utilisation de jeux de rôle et d'entretiens cliniques supervisés dans l'enseignement est toute récente et encore peu généralisée.

La sémiologie psychiatrique analytique telle qu'elle est présentée dans ce support didactique, réalise un découpage des syndromes psycho-pathologiques selon les grandes fonctions touchées. Représentative de l'approche initiée par Ribot, elle est adaptée aux besoins de la consultation psychiatrique et notamment en psychiatrie hospitalière, où une exploration approfondie de toutes les fonctions psychiques est nécessaire afin de réaliser un diagnostic différentiel et positif précis. Elle n'est pas adaptée aux besoins de la consultation en soins primaires où les symptômes psychiques ne sont pas généralement des symptômes d'appel d'une gravité sévère, mais où prévaut une symptomatologie légère à moyenne avec des intrications psycho-somatiques et comportementales complexes.

Formation médicale continue (FMC) en psychopathologie et en T.C.C. :

En France, la formation universitaire diplômante post-doctorale en psychopathologie et en TCC existe sous forme de DU et DIU, par exemple le Diplôme Inter Universitaire de formation à la thérapie cognitive et comportementale, qui se prépare sur 3 ans à l'Université Claude Bernard, Lyon 1 et Université de Savoie.

Depuis la loi sur l'appellation « psychothérapeute », instituts et associations privées spécialisés dans la formation psychothérapeutique, proposent aux professionnels de santé des formations en psychopathologie basés sur des concepts théoriques validés. Les formations en TCC sont délivrées principalement par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive ou AFTCC, avec un nombre d'adhérents proche des 2000 dont une cinquantaine de médecins généralistes (Formation initiale conduisant au titre de Psychothérapeute Praticien en TCC) et l' AFFORTHECC.

Des sites animés par des spécialistes reconnus des TCC proposent des modules interactifs de formation "à la carte", modules centrés sur une psychopathologie (dépression, trouble du sommeil, anxiété sociale...), sur des techniques d'intervention thérapeutique, ou sur des aspects relationnels et de communication.

Un exemple est le site TCC FORMATION, site internet résultat d'une coopération entre les éditions Retz et l'Afforthecc proposant des programmes de formation destinée aux professionnels de santé et comportant 22 modules d'e-learning sur les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire, la psychologie de la santé et autres thématiques.

2.6.2. A l'étranger

En Europe :

- En Allemagne, la durée des études médicales est de 6 à 7 ans pour le cycle de médecine générale. Depuis quelques années, des efforts sont fait pour améliorer la formation à la relation thérapeutique, à l'entretien clinique, notamment en privilégiant l'apprentissage de techniques d'entretien par des jeux de rôle. Le premier cycle dure 2 ans, est essentiellement théorique et vise l'acquisition des bases du métier de médecin dans le domaine des sciences appliquées, des sciences fondamentales de la médecine et des sciences humaines ; un des 4 domaines d'enseignement porte sur des notions fondamentales en psychologie et sociologie médicale. La réussite aux examens après cette première partie conditionne la poursuite des études ; les épreuves portent sur 10 matières, dont 2 concernent le domaine de la psychologie médicale au sens large.

Le deuxième cycle dure 4 ou 5 ans, sur 22 matières d'enseignement théorique et clinique, 2 concernent psychiatrie et psychothérapie, la psychologie et la sociologie médicale ;

l'approche des concepts psychologiques se fait essentiellement par la neuro-psychologie et la psychologie expérimentale et les concepts psychothérapeutiques enseignés sont la thérapie familiale systémique et les thérapies cognitivo-comportementales. Les stages cliniques obligatoires d'environ 900 heures ne concernent pas le domaine psychiatrique.

Une formation approfondie en TCC est organisée par le DVT (Deutscher Verband für Verhaltenstherapie e.V.) qui avec environ 7000 membres en 2012 est la plus grande organisation professionnelle de psychothérapeutes allemands. Il gère 16 centres de formation qui dispensent des formations théoriques et cliniques diplômantes en 3 ans (en 2012, 1800 étudiants diplômés).

L'association allemande des médecins comportementalistes (DAGVT e.V), issue principalement de membres de l'association Balint Allemagne, comportait 222 membres en 2013 et joue un rôle actif dans la formulation des recommandations thérapeutiques pour les troubles mentaux (Nationale Versorgungsleitlinien S 3 dépression unipolaire, troubles anxieux, trouble obsessionnel-compulsif) et dans la conception des contenus de la FMI et FMC, par exemple en algologie et en médecine psychosomatique.

• En Estonie, pays faisant partie de la CE depuis 2003, les études médicales comportent un tronc commun de 6 ans suivi d'une période de spécialité comparable à l'internat français, de durée variable en fonction des spécialités (3 années pour la médecine générale, 5 pour la chirurgie, 4 pour la psychiatrie). En 5ème année de tronc commun un enseignement théorique d'environ 130 heures concerne la psychopathologie et la psychothérapie ; l'approche conceptuelle des psychopathologies est bio-psycho-sociale, la nomenclature est basée sur le DSM et la CIM, les psychothérapies enseignées sont la thérapie familiale systémique et les thérapies cognitives et comportementales. Pendant l'internat de médecine générale, un stage d'1 mois en psychiatrie est obligatoire. Les étudiants reçoivent une formation spécifique pour identifier et gérer les situations cliniques où plaintes somatiques et symptomatologie mentale sont intriqués.

Les enseignants citent comme objectifs de cet enseignement :

- connaître les critères diagnostiques, la prévalence, les facteurs de risque et de l'évolution des principaux troubles psychiques
- savoir utiliser le modèle bio-psycho-social dans l'anamnèse et la conceptualisation du cas dans les troubles psychiques
- connaître les modèles explicatifs psychologiques des troubles psychiatriques et psychosomatiques, ainsi que les modèles cognitifs de l'anxiété et des troubles psychosomatiques, et

les théories du stress

- connaître méthodes et objectifs de l'évaluation psychologique dans différents contextes médicaux, savoir choisir et appliquer l'instrument psychotechnique le plus adapté
- comprendre les caractéristiques de la psychothérapie basée sur les preuves, et les principales écoles psychothérapeutiques

• En Belgique francophone, la formation aux thérapies cognitives et comportementales (TCC) est assurée par un enseignement de 3ème cycle universitaire d'une durée de 3 ans. L'Université libre de Bruxelles et l'Université de Mons proposent un Certificat Universitaire en Cliniques psychothérapeutiques, orientation cognitivo-comportementale. D'autres universités belges proposent une Formation à l'Intervention et à l'évaluation psychologiques : psychothérapie, sous forme de Master Complémentaire Conjoint et de Certificat Inter-Universitaire. L'Université Libre de Bruxelles propose une Formation continue en Traitements cognitivo-comportementaux de l'Insomnie.

Aux États Unis :

Les internes en médecine générale reçoivent une formation en techniques cognitives et comportementales adaptée aux soins primaires pendant les 3 années de leur internat.

- Formation aux aspects relationnels : il a été démontré que le savoir-faire dans l'entretien clinique est essentiel pour établir une bonne relation thérapeutique, favoriser une anamnèse exhaustive et créer la base pour une collaboration durable entre patient et médecin qui est essentielle à l'obéissance médicamenteuse et aux comportements de santé positifs, les étudiants apprennent des techniques pour l'entretien clinique tels que questions ouvertes, la technique des 4 R, et des techniques favorisant le développement de l'empathie.

- Formation au dépistage rapide et rationnel des troubles de l'humeur et des troubles anxieux : l'étudiant apprend à réaliser une exploration verbale rapide et s'entraîne au choix et à l'utilisation, lors de l'entretien clinique d'échelles et d'hétéro et d'auto-questionnaires validés pour évaluer la nature et le degré de gravité du tableau clinique évocateur d'un troubles psychique.

- Formation à la reconnaissance d'indicateurs comportementaux potentiellement indicatifs d'un abus (sexuel, émotionnel, physique)

- Formation à l'entretien motivationnel destiné à clarifier et à soutenir la motivation du patient concernant ses comportements de santé (arrêt de tabac, observance médicamenteuse, hygiène de vie...)

- Formation à la psycho-éducation du patient : Le médecin aide le patient à apprendre des techniques cognitivo-comportementales pour mieux gérer ses problèmes somatiques et psychologiques au quotidien.

- Formation à 4 interventions comportementales utiles dans de nombreuses situations cliniques :

- 1.- l'activation comportementale,
- 2.- les stratégies de solution de problème,
- 3.- l'affirmation de soi
- 4.- la relaxation musculaire progressive (méthode Jacobson).

- Formation à l'annonce de nouvelles négatives (Buckman, 1992) : l'étudiant apprend à reconnaître, dans le discours du patient, les indicateurs verbaux de distorsions cognitives les plus fréquentes (sur-généralisation, pensée dichotomique, maximisation du négatif et minimalisation du positif, tirer des conclusions non-fondées, raisonnement émotionnel).

- Formation aux stratégies cognitives et comportementales à la gestion du stress chez le soignant. La frustration du médecin est un élément inévitable de la situation de soins : patient non-compliant, mode de communication pathologique de la part du patient comme par exemple une attitude irrespectueuse, agressive, séductrice ou alors trop passive, problématique souvent en lien avec un trouble de la personnalité. L'étudiant apprend à développer une position, en tant que soignant, suffisamment souple et adaptée à son patient pour créer un compromis entre ses propres attentes et exigences et ce que le patient est capable d'accepter ou de faire.

Le programme ACGME (2007), fixe les priorités et les standards de la formation des étudiants futurs médecins généralistes américains en médecine comportementale et en santé mentale (DiTomasso et al., 2010) :

- la formation devrait privilégier les soins externes, avec une combinaison d'expérience longitudinale (suivi des patients) et des sessions d'enseignement théorique

- le curriculum en médecine comportementale et en santé mentale doit être réalisé par des enseignants spécialisés dans l'application des concepts et techniques psychiatriques et comportementaux récents au patient «tout venant». Ce corps d'enseignants devrait inclure des médecins généralistes, des psychiatres et des spécialistes en sciences cognitives et comportementales.

- la formation théorique et pratique doit cibler le diagnostic et la prise en charge de troubles mentaux chez l'adulte et l'enfant, les aspects émotionnels des troubles somatiques, la psycho-pharmacologie, l'abus de substances, la relation médecin/patient, les techniques

d'entretien clinique et le counseling. Afin d'assurer une formation adéquate dans ces domaines, la formation devrait inclure des enregistrements vidéo d'entretiens étudiant/patient ou une supervision immédiate de l'étudiant.

Résumé :

La formation médicale initiale comporte un volume horaire très faible par rapport à la fréquence de ces pathologies en soins primaires, autant en France que dans la plupart des pays. Dans de nombreux pays anglo-saxons et dans l'Europe du Nord et de l'Est, l'enseignement en psychopathologie est basée sur des notions neuro-psychologiques et cognitivo-comportementales ; en France c'est le modèle psychanalytique qui est prévalent.

Les prises en charge pluridisciplinaires, la communication et le travail collaboratif entre futur médecin généraliste, PSM et d'autres intervenants autour du patient sont plus favorisés dans les pays d'Europe du Nord et de l'Est et dans les pays anglophones ; en France l'espace individuel du soin et le dialogue singulier entre le médecin et son patient sont favorisés, au détriment parfois du dialogue et de la coopération entre professionnels.

Aux États Unis, les futurs médecins généralistes sont formés aux prises en charge pluridisciplinaires et un enseignement théorique et pratique approfondi concerne la relation thérapeutique, la communication avec le patient et avec les autres intervenants, notamment médecins spécialistes. L'utilisation d'instruments psychotechniques pour l'évaluation psychologique fait partie intégrante de la pratique clinique, ainsi que l'apprentissage de 4 techniques d'intervention cognitivo-comportementale qui se sont avérées particulièrement efficaces en soins primaires.

L'enseignement universitaire des TCC pendant la formation médicale initiale est relativement répandu en Europe du Nord et de l'Est, il est systématique aux Etats Unis, et à peu près inexistant en France.

Dans ces circonstances, où les médecins bénéficient d'une formation initiale peu importante dans le domaine des psychopathologies et inexistante dans le domaine de l'approche cognitivo-comportementale, il nous a paru intéressant de donner la parole à des généralistes français qui utilisent les TCC dans leur pratique quotidienne.

2.7. Intégrer les TCC dans l'offre de soins primaires : retour d'expérience

de 10 MG français

Nous avons contacté des généralistes libéraux exerçant dans le département de l'Aude (11) qui adressent régulièrement des patients à un PSM spécialisé en T.C.C., soit pour une aide au diagnostic avant l'instauration d'une pharmacothérapie, soit pour une psychothérapie. Peu de professionnels de santé mentale libéraux proposent des TCC dans ce département bien que le nombre soit en légère augmentation depuis 2 ans (source : site des membres de l'AFTCC).

11 praticiens ont été contactés par téléphone et sollicités pour participer à une étude concernant les apports des T.C.C. dans leur pratique médicale au quotidien ; 10 ont donné leur accord et rendez-vous était pris à leur cabinet médical pour un entretien semi-directif d'environ 30 minutes. Il s'agit de 3 femmes et de 7 hommes, installés en cabinet libéral et dont la durée d'exercice varie entre 2 et 45 ans.

Les entretiens n'ont pas fait l'objet d'un enregistrement mais d'une prise de notes rapide de type sténographique afin de favoriser au maximum l'expression spontanée.

Une analyse qualitative des entretiens a été privilégiée compte tenu du petit nombre de médecins interrogés.

Nous avons réalisé l'analyse thématique, qui permet de déterminer les thèmes développés dans le discours et vise à repérer et à catégoriser les unités sémantiques significatives constituant l'univers du discours des praticiens interrogés, ainsi que l'analyse fréquentielle qui permet de comparer la fréquence des thèmes. Il s'agit des thématiques les plus répandues dans le discours des participants. L'hypothèse est que plus la fréquence d'une idée est élevée, plus cette idée est importante pour le locuteur.

L'analyse thématique et l'analyse de fréquence ont été réalisées par 3 praticiens expérimentés en T.C.C. afin de dégager les thématiques centrales des discours.

Nous faisons l'hypothèse de départ que les discours des médecins de notre population refléteront

- une attitude plutôt positive envers les T.C.C.,
- une réflexion clinique, diagnostique et thérapeutique différenciée vis-à-vis des psychopathologies.

Le corpus de ces entretiens est présenté en annexe 6, le volume présentant l'analyse de contenu, la grille des catégories et les unités correspondantes, plus les dénombrements et pourcentages pour chaque catégorie thématique constituent l'annexe 7

Nous présentons ici les résultats de l'analyse thématique et fréquentielle de ces 10 entretiens semi-directifs :

Question 1 : Comment abordez-vous les problèmes psychologiques de vos patients lors de la consultation médicale ?

4 thématiques principales avec 32 sous-thèmes, abordés 72 fois

1. la formation médicale initiale et continue

Tous les praticiens abordent spontanément la question de la formation médicale dans le domaine des psychopathologies. Ils donnent des appréciations concernant la qualité de leur formation initiale, et/ou décrivent leurs stratégies de FMC dans ce domaine.

5 MG estiment la formation initiale insuffisante, 3 suivent l'actualité médicale psychiatrique, 3 cherchent la discussion avec des confrères intéressés par l'aspect psychologique de leur exercice, 3 s'estiment bien formés pour la prescription des psychotropes (pour définir indications, posologies, effets secondaires et interférences médicamenteuses), 2 suivent des formations spécifiques pour comprendre les problématiques psychiques de leur patient afin de conseiller des prises en charge judicieuses.

Les thématiques les plus fréquentes sont les stratégies personnelles pour se former en psychopathologie (8 occurrences), l'opinion exprimée que la formation médicale initiale en psychopathologie est insuffisante (5 occurrences), et l'opinion exprimée que la Formation Initiale est suffisante en pharmacothérapie des psychopathologies (3 occurrences)

2 . Les habitudes diagnostiques

- Tous les praticiens mentionnent spontanément leurs stratégies diagnostiques : 7 disent se référer à des manuels diagnostiques (6 au DSMIV TR, 1 à un autre ouvrage)

- 5 décrivent ce qu'on pourrait nommer une écoute diagnostique « éclairée » : ils se disent attentifs aux marqueurs verbaux indicatifs d'un trouble de l'Axe 1 (symptômes d'ordre psychopathologique) ou de l'Axe 2 du DSM IV TR (troubles de la personnalité) dans le discours du patient ; 2 sont attentifs aux marqueurs verbaux indicatifs d'une urgence psychiatrique (idées noires, risque suicidaire). 2 évaluent, lors de l'entretien, les répercussions d'un trouble psychique sur la vie privée et professionnelle du patient

Les thématiques les plus fréquentes concernent les stratégies diagnostiques utilisées (10 occurrences), le recours aux manuels diagnostiques validés (7 occurrences), lors de l'écoute et de l'observation clinique, l'attention est portée aux marqueurs verbaux ou comportementaux des psychopathologies (9 occurrences).

3. Les habitudes thérapeutiques

Les prescriptions médicamenteuses sont mentionnées spontanément par tous les participants, relativement souvent en début de discours : ils prescrivent de façon courante les différentes familles de psychotropes (7 des Antidépresseurs, 6 des Anxiolytiques, 1 des Neuroleptiques, 4 des hypnotiques). 3 praticiens disent pratiquer une écoute empathique de soutien à visée thérapeutique, 3 prennent en charge les psychopathologies courantes, notamment les troubles anxio-dépressifs qualifiés de légers et les troubles du sommeil, par une approche thérapeutique combinée (pharmacothérapie et 5-7 entretiens thérapeutiques réalisés au cabinet, ainsi qu'un suivi à moyen terme) dont 1 avec des entretiens programmés d'une durée de 60 minutes. 1 réalise des entretiens motivationnels dans le cadre d'addictions (OH, tabac) et 1 prescrit des psychotropes uniquement si le patient s'engage à suivre une psychothérapie.

L'habitude thérapeutique la plus fréquemment décrite est la pharmacothérapie exclusive (18 occurrences), les approches psychothérapeutiques ou combinées pharmacopsychothérapeutiques concernent 8 occurrences.

4. la relation thérapeutique

3 praticiens se disent sensibilisés aux liens entre fonctionnement psychique et somatique ; 5 tiennent compte du rôle de la relation thérapeutique dans les comportements de santé et 3 utilisent des leviers motivationnels pour augmenter ces comportements ; 1 veille particulièrement à l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance ; 3 adaptent les modalités de la relation thérapeutique au profil psychologique du patient ; 5 se disent attentifs, lors de l'examen médical somatique, aux éléments verbaux exprimant des demandes et besoins d'ordre psychique et en tiennent compte lors du diagnostic et/ou de la prise en charge des troubles somatiques (prescription médicamenteuse ou d'exams complémentaires, arrêts de travail) afin de gagner du temps et d'éviter de répondre aux demandes irrationnelles.

Les thématiques les plus fréquentes sont l'importance de la relation thérapeutique dans la détection et gestion des aspects psychologiques de la consultation et du suivi somatique (15 occurrences) et la compréhension des aspects psychologiques d'une demande de soins somatique afin d'éviter de répondre aux demandes irrationnelles (8 occurrences)

À noter : L'écoute est abordée spontanément par tous les praticiens, de façon différenciée pour la plupart d'entre eux, qui y reviennent plusieurs fois à différents moments du discours, dans des associations thématiques différentes. Nos participants mettent ainsi en relief leur attachement à l'écoute comme élément essentiel de la consultation.

Question 2 : Dans quels cas adressez vous un patient à un professionnel de santé mentale pour suivi psychothérapeutique ? Quelles sont vos attentes, vos expériences ?

3 thématiques principales, 23 sous-thèmes abordés 76 fois

1. Les pratiques :

6 disent spontanément référer les patients avec un Résultat de Consultation d'urgence psychiatrique à un PSM : 4 aux urgences psychiatriques du CH le plus proche, 2 à un PSM libéral. 7 adressent à un PSM pour un diagnostic argumenté et une psychothérapie devant des symptômes psychopathologiques aigus (symptomatologie anxieuse, dépressive, trouble bipolaire, TCA) ; 2 font systématiquement appel à un psychiatre pour un diagnostic et des conseils sur la prise en charge la plus adaptée dans tous les cas de troubles psychiques, 1 adresse à un psychiatre pour pharmaco-et psychothérapie tous les patients avec symptômes psychopathologiques sévères évoquant un trouble psychotique ou un trouble de l'axe 2 et 1 s'adresse à un psychiatre pour des besoins administratifs (expertises).

5 adressent à un PSM pratiquant les TCC pour une prise en charge des troubles psychiques chroniques et des troubles de la personnalité (1 praticien parle de « problématiques personnelles complexes répétitives ») afin de permettre au patient d'avancer dans sa vie, 1 adresse à un PSM spécialisé en psychanalyse dans ce cas. 1 adresse à un PSM psychanalyste les patients chez qui, après un sevrage réussi, une souffrance psychique persistante prédispose à une rechute. 1 adresse à un PSM pour thérapie individuelle par EMDR, TCC, approche psychodynamique ou une thérapie familiale systémique s'il n'y a pas d'amélioration nette après 3 séances de psychothérapie réalisées au cabinet médical. 1 tient compte de la personnalité, de la motivation, de l'insight du patient dans sa problématique, dans le choix de l'approche psychothérapeutique.

2. Les attentes :

7 participants sur 10 abordent spontanément le thème de l'urgence : 4 attendent du PSM une prise en charge rapide, 3 un soulagement rapide de la souffrance psychique aiguë.

La thématique de la communication est abordée de nouveau en début de discours par la

plupart des participants, soulignant l'importance accordée à ce thème : 6 praticiens souhaitent que le professionnel de santé mentale pratique une écoute active, c'est à dire qu'il interagisse lors de l'entretien et ne reste pas silencieux en attente des verbalisations du patient. 6 participants souhaitent que le PSM précise au patient les motifs et objectifs de la prise en charge.

Le thème de la sécurité intellectuelle est également primordial : 4 considèrent que le fait d'adresser un patient à un PSM engage la responsabilité du MG et choisissent leurs référents en fonction de leur compétence et de leur fiabilité. 5 attendent des hypothèses diagnostiques argumentées et fiables, 5 attendent des résultats thérapeutiques prévisibles.

3. Les expériences :

3 trouvent la communication difficile avec les PSM autres que ceux spécialisés en TCC, en raison du manque de langage commun. 2 jugent le dialogue avec le psychiatre facile et de bonne qualité. 2 trouvent que les psychiatres utilisent peu d'approches psychothérapeutiques autres que l'écoute et la thérapie de soutien. 2 constatent une absence de retours d'information concernant le patient de la part des urgences, et de la part des psychiatres.

Résumé :

Les pratiques : le premier thème évoqué est l'aspect financier : les psychothérapies réalisées par un PSM non-médecin ne sont pas pris en charge par les CAM et les MG en tiennent compte avant d'adresser un patient en psychothérapie. Les participants adressent à un PSM les psychopathologies les plus courantes (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire).

Les attentes : les participants attendent surtout une écoute active de la part du PSM, qui doit privilégier l'interaction lors de l'entretien (et ne pas se contenter d'écouter sans intervenir) et qui doit expliquer au patient les raisons et les modalités de la prise en charge psychothérapeutique (durée prévisible, fréquence des rendez-vous). Les MG consultés attendent également des prises en charge rapides et un soulagement rapide au niveau de la symptomatologie. Ils attendent en outre des diagnostics fiables, et des résultats thérapeutiques prévisibles.

Les expériences : Les difficultés de communication (absence de langage commun, manque de retours d'information) sont souvent mentionnées.

Question 3 : Quelles sont vos attentes, quels sont vos constats quand vous adressez un patient pour une prise en charge TCC ?

En réponse à cette double question, 11 thématiques comportant 50 sous-thèmes sont abordés 130 fois.

4 Thématiques abordées concernent **les attentes** : 9 attendent que le PSM utilise une démarche scientifique : 1 MG attend qu'il réalise une anamnèse rigoureuse, 6 qu'il élabore une hypothèse diagnostique étayée et argumentée pouvant orienter la décision thérapeutique (1 praticien compare ce rôle du PSM à celui d'un radiologue ou d'un anatomo-pathologiste), 3 attendent que le plan de traitement proposé soit cohérent et inclue une prévision de la durée. 5 praticiens attendent une prise en charge initiale rapide des urgences.

Dans le domaine **des constats**, 7 thématiques se dégagent qui sont la rapidité de la prise en charge, la sécurité intellectuelle subjectivement vécue par le MG, le constat des résultats thérapeutiques positifs, la rapidité de l'amélioration symptomatique du patient, la communication PSM-patient et la communication PSM-MG, les limites des TCC.

Concernant **la communication PSM-MG**, 8 praticiens la qualifient de facile et bonne : 3 mettent en avant l'existence d'un langage commun, 4 disent qu'ils trouvent les termes psychologiques employés dans le cadre d'une TCC compréhensibles et précis. 3 praticiens déclarent que cette communication leur permet de mieux comprendre le fonctionnement psychologique du patient, de mieux communiquer afin d'améliorer les comportements de santé et d'améliorer la communication avec les patients à personnalité difficile (1 praticien mentionne les patients à traits histrioniques, et les patients avec troubles psychotique), 3 déclarent qu'elle facilite l'échange par rapport à l'évolution du patient. 6 soulignent la transparence, pour le MG, du diagnostic et du projet thérapeutique et 2 praticiens y voient la cause de la confiance mutuelle entre eux et leur référent TCC. 4 disent la démarche du MG et du PSM TCC complémentaire et 3 s'appuient sur les avis du PSM TCC pour optimiser la pharmacothérapie (choix de la molécule, posologie, durée du traitement).

La communication PSM TCC-patient : 8 praticiens mentionnent que la démarche d'annonce de diagnostic et d'explication du traitement est respectueuse du patient, en raison des termes psychologiques compréhensibles et précis et du secret médical partagé transparent pour le patient.

La sécurité intellectuelle est mise en avant en début de discours par la plupart des participants. 9 mentionnent le fait que les TCC sont validées scientifiquement dans la plupart

des troubles psychopathologiques d'intensité légère et moyenne, ce qui est rassurant (3 praticiens) et conduit à une diminution du stress par réduction de l'incertitude grâce à la rapidité et la fiabilité des diagnostics et l'efficacité des traitements (3 praticiens). 1 praticien cite le suivi thérapeutique jusqu'à l'amélioration symptomatique nette et 2 soulignent la prévisibilité des résultats thérapeutiques.

Le constat des résultats thérapeutiques : 10 praticiens constatent l'efficacité dans les troubles de l'Axe 1, avec un soulagement rapide de la souffrance psychique aiguë (2 praticiens), une approche « médicale » du PSM TCC devant l'urgence psychiatrique avec signes de décompensation et un gain de temps dans la prise en charge (1 praticien), 4 soulignent l'efficacité dans les troubles chroniques et les troubles de la personnalité ayant entraîné des comportements problématiques et 1 constate une très bonne efficacité dans l'anxiété polymorphe avec participation somatique (spasmophilie) ainsi que dans le trouble hypocondriaque ; 8 constatent une amélioration importante et durable du bien-être des patients. 1 trouve les TCC utiles pour lever les résistances en début de traitement des addictions, 2 citent une amélioration de l'insight des patients concernant leurs problèmes.

La rapidité de la prise en charge : 4 praticiens constatent que des délais d'attente courts avant le 1er rendez-vous chez le PSM TCC, 5 qu'ils reçoivent rapidement un compte-rendu diagnostique avec l'accord du patient. 3 mentionnent l'amélioration rapide de la souffrance psychique aiguë et 2 une amélioration rapide des troubles psychiques chroniques.

Les limites de l'utilisation des TCC : deux mentions sont faites : 1 praticien constate que ce type de thérapie nécessite une certaine flexibilité cognitive de la part du patient, et 1 praticien dit que les formations spécifiques en TCC sont ressenties comme chronophages et onéreuses par les MG.

Question 4 : Quelles seraient d'après vous des pistes d'amélioration de la prise en charge des troubles psychopathologiques au cabinet médical ?

3 thématiques comportant 7 sous-thèmes abordés 21 fois ; ici peu de dispersion dans les thématiques, un certain consensus. Les thématiques identifiées sont :

L'amélioration de l'aspect financier

- par une rémunération spécifique du MG pour la psychothérapie. 1 MG souhaite la création d'une lettre-clé spécifique, au niveau de la nomenclature des actes médicaux remboursés, pour les situations de consultation longue permettant au médecin de comprendre les liens entre

symptômes différents et le rôle joué par l'état psychique dans la symptomatologie somatique.

- par le remboursement de la psychothérapie réalisée par les PSM non-psychiatres. 7 praticiens souhaitent un remboursement des séances de TCC, 1 enverrait beaucoup plus de patients en psychothérapie, un praticien enverrait 90% de ses patients en psychothérapie TCC si un tel remboursement existait, soit pour des troubles d'ordre psychopathologies avérés, soit pour aider le patient à mieux gérer ses problèmes somatiques, soit pour augmenter la motivation du patient aux comportements de santé. 2 souhaitent un remboursement aux même titre que la pharmacothérapie en se basant sur des études qui montrent que la pharmacothérapie seule est moins efficace dans la plupart des psychopathologies que l'association psychothérapie TCC/pharmacothérapie. 1 prescrirait 50% de psychotropes en moins dans l'éventualité d'un tel remboursement. 1 souhaite que les psychologues et psychothérapeutes soient davantage inclus dans le parcours de soin et souligne le manque en psychiatres, estimant les psychiatres globalement trop débordés et trop peu formés aux techniques psychothérapeutiques.

L'optimisation des échanges entre MG et PSM par amélioration des échanges d'information, et travail en équipes pluridisciplinaires : 1 souhaite mieux cerner sur quels aspects du fonctionnement psychique de chaque patient le PSM met l'accent lors d'une psychothérapie. 2 souhaitent être tenus au courant, par le PSM, de la durée prévisionnelle de la psychothérapie dans les troubles psychiques aigus, et de l'évaluation à moyen terme : amélioration légère ou importante des symptômes, rémission temporaire, guérison ; associée ou non à une pharmacothérapie et, si oui, à quel moment démarrer le sevrage. 3 souhaiteraient réaliser des suivis conjoints de cas complexes, en collaboration étroite avec le PSM, dans un but de recherche clinique et de publication scientifique comme cela existe dans les situations de comorbidités somatiques complexes. 1 souhaite connaître le degré d'insight que le patient est susceptible d'acquérir concernant sa psychopathologie, afin d'évaluer sa collaboration dans la prévention de la récurrence.

Le renforcement de la formation médicale initiale et continue dans le domaine des psychopathologies : 3 MG souhaitent une FMC ciblée sur les stratégies psychothérapeutiques, notamment cognitives et comportementales, pour les psychopathologies les plus courantes, afin de mieux conseiller les patients. 1 souhaite une FM initiale plus poussée sur les indications, contre-indications, interactions médicamenteuses et modalités de sevrage etc... des psychotropes, 2 souhaitent des formations TCC courtes, adaptées aux besoins spécifiques des MG, de proximité, concernant les psychopathologies les plus fréquentes et leur prise en charge cognitivo-comportementale, reconnues par la CAM et

ouvrant droit à des points de FMC, dont 1 aimerait que soient traités d'une part les aspects fondamentaux par une partie théorique, d'autre part les aspects pratico-clinique et notamment tout ce qui concerne la communication praticien - patient, par des jeux de rôle.

Tableau 8 : Thématiques abordées par les participants, classées par ordre décroissant de fréquence

Question 3 : Quelles sont vos attentes, quelles sont vos constats quand vous adressez un patient pour une prise en charge TCC ?

11 thèmes abordés 130 fois

Les attentes :

que le PSM utilise une démarche scientifique : anamnèse rigoureuse, hypothèse diagnostique argumentée, proposition thérapeutique rationnelle (9 fois)

une prise en charge initiale rapide des urgences (5 fois)

Les constats :

bons résultats thérapeutiques obtenus (40 fois)

bonne qualité de la communication MG-PSM spécialisé en TCC (36 fois)

sécurité intellectuelle, pour le MG, quand il adresse à un PSM spécialisé en TCC (18 fois)

rapidité de la prise en charge initiale (9 fois)

bonne qualité de la communication PSM spécialisé en TCC-patient (8 fois)

rapidité de l'amélioration initiale des symptômes (5 fois)

Question 1 : Comment abordez-vous les problèmes psychologiques de vos patients lors de la consultation ?

4 thèmes, évoqués 72 fois

Les habitudes thérapeutiques (23 fois) :

prescriptions médicamenteuses, surtout Antidépresseurs, Anxiolytiques (13 fois)

psychothérapie au cabinet, principalement du soutien (10 fois)

La relation thérapeutique (17 fois) :

jugée essentielle dans

- la motivation aux comportements de santé,

- la compréhension des aspects psychologiques d'une demande de soins somatique afin d'éviter de

répondre aux demandes irrationnelles (demandes d'examen superflus, arrêts de travail, médications)

- l'intégration des aspects psychologiques dans le suivi somatique

Les habitudes diagnostiques (16 fois) :

démarche d'écoute éclairée (9 fois)

recours à des instruments psychotechniques validés et aux manuels statistiques des troubles mentaux (7 fois)

La formation médicale initiale (FMI) et continue (FMC) (16 fois) :

initiatives personnelles de FMC en psychopathologies/psychothérapie (8 fois)

FMI en psychopathologie/psychothérapie jugée insuffisante (5 fois)

FMI en psychopharmacologie jugée satisfaisante (3 fois)

Question 2 : Dans quels cas adressez vous un patient à un professionnel de santé mentale pour

suivi psychothérapeutique ; quelles sont vos attentes, vos expériences ?

3 thèmes abordés 76 fois

Les pratiques :

Devant un tableau de souffrance psychique aigu, le MG adresse le patient à un PSM (13 fois)

Devant des troubles psychiques chroniques, le MG adresse le patient à un PSM (9 fois)

Les attentes :

Sécurité intellectuelle (14 fois) : hypothèses diagnostiques argumentées, résultats thérapeutiques prévisibles

Bonne communication entre le PSM et le patient (12 fois)

Prise en charge et soulagement rapide de la souffrance psychique aiguë (7 fois)

Les expériences :

Communication avec les PSM autres que spécialisés en TCC difficile en raison de l'absence de langage commun (3 fois)

Peu de retours d'information des urgences et des psychiatres (2 fois)

Echanges de bonne qualité avec les PSM (2 fois)

Question 4 : Quelles seraient d'après vous des pistes d'amélioration de la prise en charge des troubles psychopathologiques au cabinet médical ?

3 thèmes abordés 21 fois

Modifier la rémunération par les CAM :

remboursement des psychothérapies réalisées par les PSM non-psychiatres (7 fois)

modifier la FMI et renforcer la FMC en psychopathologies/psychothérapies (6 fois)

rémunération du MG par lettre-clé spécifique pour les consultations complexes

remboursement des psychothérapies au même titre que la pharmacothérapie (2 fois)

renforcer la coopération entre MG et PSM (5 fois)

utiliser une approche bio-psycho-sociale (1 fois)

Conclusions :

L'analyse du positionnement (les avis positifs et négatifs exprimés) est indicative d'un intérêt élevé des MG concernant la prise en charge des troubles psychiques par T.C.C. réalisée par un PSM spécialisé autant dans le domaine diagnostique que thérapeutique et d'une satisfaction exprimée par rapport à la pertinence et l'efficacité de cette option de prise en charge.

Les aspects relationnels relevés lors des entretiens pourraient éventuellement contribuer à expliquer la différence entre le nombre de volontaires pour participer à l'enquête anonymisée par questionnaire (25 répondants sur environ 1.400 MG contactés) et les volontaires pour les entretiens en face à face, pourtant plus contraignants car nécessitant une prise de rendez-vous pendant les horaires de cabinet déjà surchargés : 10 MG sur les 11 contactés ont acceptés immédiatement. Nous pourrions formuler l'hypothèse que les MG apprécient d'avoir une occasion de formuler verbalement leur vécu affectif et intellectuel des situations de soin. Ils apprécient d'être écoutés sans être jugés ou remis en question.

Partie 3 : Les Thérapies Cognitives et Comportementales (T.C.C.) et leur apport en soins primaires

Introduction

Les T.C.C. appliquent les principes de la psychologie scientifique au traitement des troubles psychopathologiques (Cottraux, 2006). Ce sont des thérapies de durée brève à moyenne, structurées dans le temps et codifiées dans la forme et se prêtant de ce fait à une utilisation dans le cadre des soins primaires. Les T.C.C. emploient des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles pour modifier les comportements inadaptés, les schémas cognitifs dysfonctionnels et favoriser la régulation émotionnelle.

La Thérapie Cognitive et Comportementale est la méthode psychothérapeutique dont l'efficacité est actuellement la mieux étayée par des recherches cliniques de haut niveau dans les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que dans de nombreux autres troubles mentaux. En 2004, l'INSERM publie les résultats d'une vaste étude comparant les T.C.C. aux deux autres approches psychothérapeutiques les plus utilisées en France (l'approche psychanalytique, ou psychodynamique et les psychothérapies humanistes) et désigne les T.C.C. comme la psychothérapie la plus efficace dans la plupart des psychopathologies d'intensité légère à moyenne (INSERM, 2004), qui sont les plus fréquentes en soins primaires.

3.1. Concepts théoriques et techniques thérapeutiques

Alors qu'en Europe du Nord et de l'Est, aux Etats Unis, au Canada anglo-et francophone, le parcours des soins psychiques inclut des T.C.C. dispensées par des PSM spécialisés et/ou par le médecin généraliste, depuis les premières étapes de la prise en charge, qu'en 2012, les TCC font partie de l'offre thérapeutique en soins primaires dans 12 pays de l'OCDE et qu'en Norvège, les interventions T.C.C. réalisés par les MG sont prises en charge au même titre que la pharmacothérapie, les T.C.C. elles restent relativement mal connues des professionnels de santé ; leur utilisation est encore peu répandue en France malgré un intérêt

certain et une conscience grandissante de l'utilité d'une approche psychothérapeutique scientifiquement validée et aux résultats prévisibles.

En France, les T.C.C. se sont développées progressivement depuis la parution des premiers ouvrages français spécialisés (Cottraux, 1978 ; Rognant, 1970) et l'ouverture de la première consultation de thérapie comportementale à l'Hôpital Sainte Anne, puis de l'unité de traitement de l'anxiété au service de neurologie de l'Hôpital de Lyon.

L'histoire des thérapies comportementales et cognitives est actuellement décrite comme comportant trois phases ou vagues (Cottraux 2007) :

- l'approche comportementale constitue la première vague, elle est axée sur les aspects comportementaux des troubles psychiques et propose des stratégies thérapeutiques essentiellement comportementales ;
- La deuxième vague apportera une compréhension détaillée des processus cognitifs (pensées et émotions) dysfonctionnels impliqués dans les troubles psychiques, et des stratégies thérapeutiques comme la restructuration cognitive, la gestion émotionnelle etc.
- La troisième vague intègre des recherches récentes sur le rôle des émotions comme cible thérapeutique, sans pour autant constituer une rupture avec les deux premières vagues. En effet, le rôle des émotions dans les troubles psychiques était bien reconnu par les cliniciens et chercheurs des vagues précédentes (Ellis, 1962; Hannesdottir & Ollendick, 2007 ; Vera & Levaux, 1990). La troisième vague apporte, entre autres, l'intégration de stratégies thérapeutiques dérivées de techniques méditatives.

3.1.1. Le Modèle Comportemental

Le terme de psychothérapie comportementale a donné lieu à des interprétations assimilant ces thérapies à de la manipulation, un dressage, une approche purement éducative.

La réalité de l'approche comportementale est beaucoup plus complexe. Ses racines se trouvent dans les multiples tentatives de l'homme de modifier volontairement ses comportements gênants, comme le fit Demosthenes (né en 384 av. J.-C.) qui, souffrant d'un trouble d'articulation, s'entraînait à parler face à la mer avec un petit caillou dans la bouche et qui développait ainsi sa clarté d'expression au point de devenir un grand orateur, ou Goethe (né en 1749) qui améliorait son acrophobie ou peur des hauteurs par des exercices d'exposition systématique.

La thérapie comportementale se développe à partir du début du 19ème siècle, grâce à

l'essor de la psychologie expérimentale qui étudie les lois régissant le comportement et de l'apprentissage : En 1898, Thorndike formule la loi des effets : les conséquences d'un comportement déterminent la probabilité que ce comportement sera répété. Lors d'un processus d'apprentissage, les conséquences du comportement — échec, réussite, récompense, absence de conséquence — déterminent quels comportements seront répétées et lesquels feront l'objet d'une extinction ; Thorndike est le premier à stipuler que l'apprentissage donne des résultats meilleurs s'il est réalisé à travers des conséquences positives — récompenses, renforcements sociaux — que négatives comme punitions ou privations.

En 1904, lors de ses expériences sur le comportement de salivation chez le chien, le physiologiste russe Pavlov met en évidence les lois du conditionnement classique : Chez le chien, un stimulus inconditionnel (présentation de nourriture) déclenche une réponse comportementale automatique (salivation). Si on associe de façon répétée un stimulus neutre ou conditionnel (une cloche qui sonne) au stimulus inconditionnel, la réponse comportementale (salivation) finira par se produire quand l'animal entend le son de la cloche, sans présentation de nourriture. La réponse comportementale automatique est devenue "conditionnelle", le stimulus conditionnel à lui seul est capable de la déclencher. Lors qu'on ne présente plus le stimulus neutre pendant quelque temps, l'association entre présence de nourriture et le son de cloche disparaît progressivement et au bout de ce processus d'extinction, la salivation ne se produira plus lorsque la cloche sonnera.

L'apprentissage par conditionnement classique, ou répondant, emprunte des structures neuronales archaïques directement liées à la survie et fait peu appel aux processus cognitifs supérieurs, comme la logique, la réflexion différenciée, la pensée conceptuelle. Si on veut obtenir la modification de réponses comportementales conditionnelles, les interventions comportementales sont donc bien plus efficaces que les techniques cognitives.

Nous proposons l'illustration suivante : Si un enfant a vécu une douleur ou une peur intense lors de consultations médicales, une caractéristique sensorielle neutre de l'environnement médical - la vue de la blouse blanche, ou l'odeur des produits de désinfection - peut être associée par conditionnement simple à l'émotion pénible ressentie. Par la suite, face à une vaccination par exemple (Stimulus), cet enfant (Organisme) peut produire une réponse anxieuse dès qu'il perçoit la blouse blanche et réagir par des pleurs, des comportements de défense (Réponse). L'utilisation de blouses de couleur ou de vêtements neutres en pédiatrie peut être considérée comme une intervention thérapeutique comportementale, par modification du stimulus conditionnel.

En 1913, Watson fonde le courant de psychologie expérimentale qui sera nommé behaviorisme ; pour Watson, la psychologie scientifique doit étudier les faits psychiques par l'expérimentation scientifique et par l'observation, sans spéculer sur l'activité psychique inobservable. Son argumentation ne résultait pas d'un désintérêt pour les processus psychiques subjectifs ou d'un déni de leur existence, mais du fait que les techniques d'investigation disponibles à son époque ne permettaient pas d'explorer l'activité cérébrale, le comportement observable était la seule donnée objectivable accessible à l'étude scientifique des processus psychologiques.

A partir des années 1950, des chercheurs anglais - comme Eysenk, Jones et Shapiro, sud-africains - comme Wolpe et Lazarus- et américains comme Skinner, Miller et Dollard, progressent dans la formulation précise des théories de l'apprentissage. Les comportements et les attitudes de l'individu résultent de processus d'apprentissage réalisés lors des interactions entre l'individu et son environnement matériel et social tout au long de la vie . Ces travaux ouvrent la voie vers des applications psychothérapeutiques majeures : par des interventions psychologiques précises et ciblées, des habitudes comportementales et mentales défavorables peuvent être modifiées.

Dès les années 1960, Wolpe met en relief l'effet de l'inhibition réciproque et son intérêt en psychothérapie, notamment l'intérêt de la relaxation dans le traitement de l'anxiété. L'état de stress et l'état de relaxation sont mutuellement exclusifs ; si une personne apprend à produire une réponse de relaxation en présence d'un stimulus provoquant de l'anxiété, le lien entre le stimulus et l'anxiété va diminuer et la fréquence de la réponse anxieuse aura tendance à décroître. L'effet d'inhibition réciproque est utilisé dans la désensibilisation systématique, technique comportementale essentielle dans le traitement de nombreux troubles anxieux et notamment phobiques.

Nous proposons l'illustration suivante : Si une personne qui présente une phobie des injections est amenée régulièrement et de façon suffisamment prolongée à s'approcher de matériel d'injection, à progressivement le toucher et le manipuler, à en adoptant une respiration abdominale profonde régulière et en relâchant certains groupes musculaires habituellement tendus lors d'un stress, la réponse de stress en présence des seringues et aiguilles d'injection va progressivement diminuer en durée et en intensité. L'apprentissage préalable d'une méthode de relaxation augmente cliniquement l'efficacité de l'exposition.

Eysenck (1964) propose une nouvelle compréhension des troubles anxio-dépressifs en les considérant comme résultant d'apprentissages erronés selon un processus de

conditionnement répétant et utilise des techniques psychothérapeutiques pour assouplir les liens conditionnels entre le stimulus et la réponse comportementale.

Puisque la perte d'activité et le ralentissement psychomoteur font partie des symptômes comportementaux de l'état dépressif. L'introduction planifiée d'activités plaisantes de loisirs ainsi que d'exercice physique dans la vie quotidienne du patient font partie intégrante de la T.C.C. de l'Episode Dépressif Majeur car cette approche comportementale aide à affaiblir le lien associatif entre l'inaction et l'affect dépressif.

Skinner (1971) élargit le modèle Stimulus-Réponse de Thorndike et formule le modèle du conditionnement opérant. Ce modèle inclut les effets, ou conséquences, de l'action de l'individu dans les processus d'apprentissages : les conséquences d'une action, ou renforçateurs, influent sur les choix comportementaux ultérieurs de l'individu.

Le comportement n'est plus défini uniquement en tant que réaction physiologique automatique à des stimuli environnementaux comme dans le conditionnement pavlovien classique, mais comme le résultat d'une interaction entre l'individu et son environnement, basé sur les conséquences de comportements antérieurs : Une conséquence positive augmente la probabilité que la personne répétera le comportement. Une conséquence négative augmente la probabilité que la personne évitera de répéter le comportement. L'absence de conséquence peut conduire à la disparition du comportement.

Skinner confirme la découverte de Thorndike, à savoir que l'individu va plus facilement choisir un comportement pour obtenir une conséquence positive, que pour éviter une conséquence négative.

Nous proposons l'illustration suivante : Pour inciter un enfant à aller se brosser les dents, il est plus efficace de lui apporter un renforcement positif immédiat (le complimenter pour ses dents qui brillent, le féliciter parce qu'il est aussi bon brossueur que son grand frère, modèle admiré par lui) que de lui expliquer les conséquences négatives à moyen et long terme (avoir des caries, avoir mal, perdre ses dents) ou de le menacer du dentiste.

Skinner préconise d'étudier le comportement à partir des conditions qui le favorisent, qui l'inhibent ou qui le font progressivement disparaître. Ces travaux marquent le début de l'Analyse Fonctionnelle, qui deviendra l'élément-clé de la conceptualisation de chaque cas individuel dans la thérapie comportementale et cognitive, permettant de comprendre des comportements problématiques. Le modèle d'analyse fonctionnelle comportementale le plus simple est le modèle A -> B -> C.

A pour Antécédents: c'est la situation environnementale

B pour *Behavior* en anglais: c'est le comportement produit par l'organisme

C pour Conséquences : c'est l'effet du comportement sur l'environnement et sur l'organisme lui-même

Dans les années 1970 Bandura formule le concept de l'apprentissage social. Dans ses travaux sur les processus d'apprentissage comportemental, Bandura met en relief le rôle essentiel de l'observation et de l'imitation d'un modèle : l'individu n'apprend pas uniquement par ses propres activités, mais également en observant les actions d'autrui ainsi que leurs conséquences – c'est l'apprentissage vicariant – et en copiant des actions d'autrui – c'est l'apprentissage par *modeling*.

En psychothérapie T.C.C., l'apprentissage par *modeling* est un élément-clé : le patient est amené à modeler des comportements spécifiques, par exemple des comportements affirmés lors d'un groupe d'Affirmation de Soi, ou à modeler plus globalement les attitudes de résilience et de souplesse adaptative du thérapeute, dans la relation thérapeutique.

À partir de ses apprentissages en contexte social, l'individu évalue et anticipe l'efficacité de ses propres actions et acquiert ce que Bandura appelle le sentiment d'auto-efficacité, qui est un élément central dans l'apparition ou le maintien de nombreux troubles mentaux et qui joue un rôle essentiel dans toute psychothérapie.

Les travaux de Bandura sont essentiels pour comprendre le rôle primordial joué par l'environnement social et relationnel et l'importance des renforçateurs sociaux dans les apprentissages et le comportement. Comme nous l'avons vu, un comportement a d'autant plus de chances de se produire que ses effets à très court terme sont ressentis comme positifs ; la compréhension du rôle du renforcement social dans l'apprentissage et la pérennisation de tout type de comportements, donc des comportements de santé, peut aider le médecin généraliste à utiliser le renforcement social pour soutenir les comportements de santé positifs chez ses patients.

De la recherche à la psychothérapie:

L'association des approches comportementale et cognitive permet de décrire un comportement selon ses différentes dimensions : comportement moteur, cognitif, émotionnel, physiologique, de saisir les conditions dans lesquelles le comportement se manifeste, de déterminer les facteurs favorisant le maintien du comportement et de développer des stratégies thérapeutiques permettant une modification des comportements défavorables. Le terme "thérapie comportementale" désigne donc des concepts thérapeutiques développées spécifiquement pour soigner différents troubles.

Selon l'approche cognitivo-comportementale, les difficultés psychologiques tout comme la plupart des processus psychologiques normaux sont influencées par des processus d'apprentissage. Un trouble spécifique va se développer dans des conditions où il existe des facteurs favorables à l'apparition des conduites pathologiques qui vont être intégrées dans le répertoire comportemental de la personne (Véra, 2009). Les conduites pathologiques s'expriment ensuite au niveau du corps (sensations physiques), du comportement observable, des pensées et des émotions et se perpétuent sous l'influence de facteurs de causalité ou des facteurs de maintien qui persistent et qui empêchent la disparition du trouble. Identifier ces facteurs de maintien et les modifier par des interventions thérapeutiques constitue le but principal des T.C.C. L'apprentissage de nouvelles conduites efficaces (comportementales, émotionnelles, cognitives) a des effets thérapeutiques positifs et conduit à la généralisation de ces apprentissages à d'autres domaines de la vie du patient (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990).

Il faut garder à l'esprit que l'approche comportementale s'inscrit dans une prise en charge psychothérapeutique structurée, elle est donc précédée d'une étape d'anamnèse et d'évaluation pré-thérapeutique et sera suivie d'une étape d'évaluation post-thérapeutique et d'une période de suivi dont l'objectif est la prévention des rechutes et récidives.

La thérapie comportementale est étroitement liée à la recherche fondamentale et vise une évaluation scientifique de toute action thérapeutique. Elle se base sur le modèle bio-psycho-social des troubles psychiques et également des troubles somatiques, incluant les apports de la médecine, de la neurophysiologie, de la biologie, de la biochimie et des sciences sociales.

Les lois du conditionnement répondant et opérant et de l'apprentissage social constituent la base de l'intervention psychothérapeutique comportementale. A partir du constat que les comportements dysfonctionnels sont en grande partie acquis par apprentissage et peuvent donc être modifiés par de nouveaux apprentissages, la partie active d'une psychothérapie comportementale peut être résumée ainsi :

- A** - identifier les comportements dysfonctionnels,
 - B** - comprendre les conditions de leur apparition,
 - C** - analyser leurs effets sur l'environnement et sur la personne elle-même
 - D** - mettre en place des stratégies thérapeutiques comportementales pour aider la personne à les modifier.
 - E** - réaliser une évaluation continue des effets thérapeutiques obtenus
- } Analyse Fonctionnelle (A.F.)

F - suivre l'évolution à moyen et long terme et, si nécessaire, réaliser des "rappels" thérapeutiques afin de consolider les résultats thérapeutiques et suivre leur généralisation à d'autres domaines afin de diminuer la probabilité des rechutes et récidives.

3.1.2. L'Analyse Fonctionnelle Comportementale

Si l'on veut simplifier de manière très synthétique l'apport des T.C.C. à la compréhension du fonctionnement psychologique et des états psycho-somatiques, on pourrait utiliser le paradigme de l'analyse fonctionnelle:

L'Analyse Fonctionnelle (A.F.) permet de réaliser et de synthétiser les 3 premières étapes de la thérapie, et qui conditionne le choix des stratégies thérapeutiques. L'analyse fonctionnelle constitue un instrument précieux pour l'intégration de données bio-psycho-sociales et la conceptualisation du cas clinique qui a tout à fait sa place en soins primaires, comme nous allons tenter de le montrer dans les pages suivantes.

Nous proposons l'illustration suivante:

A : la situation environnementale

Dans un restaurant bondé, un client termine de dîner avec sa compagne, ils sont installés à une table loin de la sortie. Alors qu'ils prennent leur café

B : le comportement observé

le client se lève précipitamment et quitte l'établissement presque au pas de course, oubliant son manteau, et ne revient pas.

C : Conséquences

Sa compagne se voit obligée d'attendre, puis de s'expliquer avec le serveur et de régler la totalité de la note ; elle n'accepte pas cet incident et une dispute s'ensuivra plus tard dans la soirée.

Cet exemple illustre comment pourrait se présenter l'analyse fonctionnelle comportementale chez un patient présentant un trouble panique avec agoraphobie, lorsqu'il est confronté à un environnement stressant pour lui et qui développe une attaque panique à laquelle il réagit par un comportement de fuite.

Le modèle **SORC** reflète l'intégration des aspects cognitifs dans l'analyse fonctionnelle ; il ressemble au modèle A-B-C, mais donne davantage d'importance aux caractéristiques de l'organisme, par exemple ses expériences passées, ses émotions, ses pensées et motivations :

Stimulus

Organisme

Réponse comportementale

Conséquences

Un stimulus – qui peut être un événement extérieur observable mais également un vécu subjectif par exemple une pensée qui traverse l'esprit, ou un ressenti physique – est traité par des processus cognitifs et émotionnels qui vont conduire la personne à adopter un comportement spécifique, et ce comportement produira des conséquences sur l'environnement et/ou sur la personne, qui à leur tour viendront influencer les processus cognitifs, émotionnels et les comportementaux ultérieurs.

Nous proposons l'illustration suivante: Accompagné par son épouse, un homme d'une trentaine d'années consulte son médecin pour un problème d'alcool. L'épouse dit que depuis plusieurs mois il consomme de l'alcool "n'importe où, n'importe quand", et qu'il risque de perdre son emploi de chauffeur livreur dans une entreprise où l'esprit de compétition et la rentabilité sont des notions fortes. L'entretien clinique tente de déterminer à quels moments la consommation survient plus particulièrement. L'analyse fonctionnelle du comportement actuel "prise d'alcool" met en relief le schéma suivant:

A : Situation environnementale : au domicile à midi avant que son épouse n'arrive du travail ; au domicile le week end ; à l'entreprise quand il rentre au bureau entre deux livraisons.

B : Comportement : prises d'alcool en cachette

C : Conséquences : conflits avec son patron et son épouse ; mise en danger de sa situation professionnelle ; sentiments subjectifs de honte, de dévalorisation et d'impuissance face aux épisodes d'alcoolisation.

Cette l'analyse fonctionnelle est dite synchronique, elle concerne les facteurs environnementaux actuels qui déclenchent le comportement problématique, ainsi que les conséquences de ce comportement à court et moyen terme.

Un entretien clinique approfondi révèle les éléments diachroniques suivants:

Anxieux depuis l'adolescence et peu sûr de lui, le patient gère mal le stress et notamment les difficultés relationnelles.

Affecté par un bégaiement jusqu'au jeune âge adulte, il a longtemps eu du mal à s'exprimer quand il était ému.

Il tolère mal les remarques négatives et les critiques, fréquentes, de la part de son épouse ou de son patron.

Il anticipe mentalement ces critiques et s'y prépare en "buvant un coup" pour mieux les supporter.

L'alcool par son effet anxiolytique soulage le patient de façon passagère, mais diminue également sa vigilance, ce qui le rend maladroit dans la situation relationnelle et moins performant dans son travail.

Un cercle vicieux s'installe ainsi où les conséquences du comportement dysfonctionnel viennent aggraver la situation qui était à l'origine du comportement.

Nous voyons dans cet exemple comment des éléments concernant des traits de personnalité et les expériences passées du patient viennent enrichir la compréhension de son comportement actuel; c'est l'aspect diachronique de l'analyse fonctionnelle.

Nous proposons les illustrations suivantes :

- Lors d'un épisode infectieux aigu (**Stimulus**), le malade qui souffre (**Organisme**) prend la médication prescrite (**Réponse comportementale**) et constate une diminution perceptible de ses symptômes (**Conséquence positive à court terme**). La probabilité est donc forte qu'il continue son traitement. Lorsque l'état de ce patient s'améliore, les symptômes deviennent moins gênants et l'effet de la médication devient imperceptible pour le patient (absence de conséquence), ce qui peut conduire à l'extinction progressive du comportement de prise médicamenteuse : la probabilité d'adhésion thérapeutique diminue.

– Au restaurant, face à un dessert sucré (**Stimulus**) une personne diabétique (**Organisme**) peut être tentée de craquer et de manger le dessert (**Réponse**) pour avoir un plaisir immédiat (**Conséquence positive à court terme**). Elle résistera plus facilement à cette tentation si elle sait que son effort de volonté va être rapidement récompensé (**Conséquence positive à court ou moyen terme**), sous forme par exemple de félicitations de son entourage, d'un plaisir alternatif sans incidence sur la glycémie ou de commentaires positifs de la part de son médecin.

3.1.3. Techniques de psychothérapie comportementale

La thérapie comportementale est étroitement liée à la recherche fondamentale et vise une évaluation scientifique de toute action thérapeutique. Elle se base sur le modèle bio-psycho-social des troubles psychiques et également des troubles somatiques et inclut les apports de la médecine, de la neurophysiologie, de la biologie, de la biochimie et des sciences sociales.

Les techniques d'exposition avec inhibition de la réponse automatique d'évitement :

Employées classiquement dans les phobies, elles sont actuellement utilisés dans de nombreux troubles anxieux. Il s'agit de séances d'exposition aux stimuli redoutés, selon différentes modalités (exposition progressive structurée, en imagination, patient accompagné par le thérapeute ou autonome, flooding, par réalité virtuelle...). Le principe de fonctionnement est de permettre au patient de se confronter au stimulus redouté selon un protocole structuré et prévisible, pour lequel il a donné son accord.

L'exposition permet de modifier des réponses comportementales excessives de peur ou d'évitement lié à la peur, qui empêchent la personne d'avoir un comportement de santé positif (les phobies dentaires ou médicales constituent un motif fréquent d'absence de consultation : peur d'avaler des comprimés, peur de vomir, peur de changer certains comportements excessifs, comme les vérifications et demandes de réassurance dans le cadre de l'hypochondrie).

La thérapie d'exposition systématique avec inhibition de la réponse automatique d'évitement consiste en un protocole structuré de tâches comportementales, préparé avec le patient et validé par lui. La personne apprend à repérer les situations anxiogènes pour elle et avec l'aide du thérapeute, établit une hiérarchie en fonction de la gravité de l'anxiété provoquée. La personne s'expose dans la vie réelle aux situations qui provoquent un degré d'anxiété acceptable, jusqu'à l'extinction de la réponse de peur. Cette exposition suit une progression régulière : en réussissant à affronter des situations d'abord peu anxiogènes, puis graduellement de plus en plus difficiles, la personne apprend, par ses réussites répétées, qu'elle peut maîtriser son anxiété et développe une vision plus réaliste de la situation. L'exposition progressive structurée s'accompagne toujours de l'apprentissage approfondi d'une technique de relaxation qui permet à la personne, en situation, de faire diminuer rapidement le niveau de stress physiologique.

Ces expositions sont réalisées par le patient entre les séances. Il est essentiel que les expositions soient correctement réalisées par la personne (étape par étape), jusqu'à diminution de l'anxiété d'au moins de moitié. Si les expositions sont incomplètes, il en résultera au contraire une sensibilisation avec aggravation de l'anxiété. Les 5 points essentiels du programme d'exposition sont que l'exposition doit être :

- Prévisible : le patient a contribué à mettre au point le programme d'expositions et l'a validé. Le thérapeute n'utilise aucun effet surprise et notamment ne va jamais "tester" le patient en l'exposant de façon inattendue à des stimuli trop anxiogènes.

- Progressive : Après avoir établi la liste des situations anxiogènes, patient et thérapeute les classent de la moins anxiogène à la plus anxiogène. Pour cela ils utilisent un instrument d'évaluation subjective du stress ressenti qu'on pourrait comparer à l'Echelle analogique de la douleur et qui permet au patient d'évaluer sur un continuum allant de 0 (aucune anxiété) à 100 (la plus forte peur imaginable) l'anxiété qu'il éprouverait s'il devait affronter dans l'immédiat la situation redoutée : “Si vous deviez donner une note entre 0 (pas d'anxiété) et 100 (la pire anxiété que vous puissiez imaginer), quelle serait-elle?”
- Planifiée : le patient ne va pas attendre passivement que des occasions d'exposition se présentent, mais prendra l'initiative de se confronter à des situations auparavant évitées. Le critère de réussite est que le patient parvienne à réaliser les expositions prévues et non l'intensité de l'anxiété ressentie. Le patient sait d'avance qu'il va éprouver une anxiété (tolérable) mais qu'il est indispensable de continuer l'exposition car autrement le phénomène d'habituation ne peut pas opérer.
- Prolongée : chaque exposition doit être maintenue jusqu'à diminution de moitié de l'anxiété éprouvée.
- Pratiquée fréquemment : plus le patient s'expose fréquemment, plus rapide sera l'effet sur la phobie et une fréquence quotidienne voire pluriquotidienne est indiquée (Foa, Jameson, Turner, & Payne, 1980).

Nous voyons ici l'importance de la psychoéducation et de l'auto-observation : le patient a un rôle actif dans son traitement et doit comprendre les mécanismes qui maintiennent son trouble afin de pouvoir l'améliorer. Il apprend à évaluer rapidement le degré d'anxiété ressenti afin de prendre conscience des fluctuations des symptômes physiologiques de l'anxiété, afin de pouvoir “vérifier” lui-même l'efficacité de la méthode.

Habituellement une intervention cognitive (restructuration cognitive) est associée à l'exposition, permettant d'identifier et de modifier les pensées dysfonctionnelles et les croyances irréalistes anxiogènes liées à la situation.

L'exposition in vivo (en réalité) peut se préparer par des séances d'exposition en imagination. En cas d'anxiété trop importante, le thérapeute peut accompagner le patient au début des expositions, mais l'objectif est d'autonomiser le patient pour ne pas créer des liens de dépendance.

Activation comportementale : Notamment utilisée dans le traitement de l'EDM, l'activation comportementale consiste en une réintroduction planifiée d'activités de loisirs et sportives

choisies dans la vie du patient. L'objectif est de permettre au patient de retrouver des moments de bien-être et de rompre le lien conditionnel liant inactivité et affects dépressifs.

Essais limités dans le temps : Tester un comportement sur un laps de temps limité permet au patient réticent de vérifier si ses prédictions négatives se vérifient. Cela peut concerner des médicaments ou d'autres thérapeutiques.

Planification des activités quotidiennes : De nombreux patients soutiennent qu'ils n'ont pas le temps, au quotidien, d'adopter des comportements de santé. Faire l'inventaire, avec le patient, de son emploi du temps heure par heure lors de la semaine, permet souvent de lui montrer comment en s'organisant un peu différemment, il peut gagner chaque jour un peu de temps pour une activité sportive par exemple.

Apprentissage de stratégies de résolution de problèmes : Des difficultés à trouver des solutions aux difficultés mineures et majeures de la vie courante se retrouvent dans de nombreuses psychopathologies et agissent comme un co-facteur de maintien du trouble.

Entraînement aux habiletés sociales (EHS) : Les habiletés sociales sont des comportements verbaux et non-verbaux issus de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter aux autres et à rentrer en contact avec eux, à établir échange et relation. Elles constituent un code complexe et fortement automatisé, et font intervenir des processus cognitifs peu conscients, comme le langage non-verbal, l'attention conjointe et l'imitation, la compréhension des émotions d'autrui et la théorie de l'esprit. Elles exigent flexibilité cognitive et aptitude à la résolution de problèmes interpersonnels. Les habiletés sociales sont fortement déficitaires chez les personnes présentant un trouble du spectre autistique, un trouble psychotique chronique et notamment la schizophrénie ; dans une moindre mesure elles peuvent l'être chez certains phobiques sociaux, même si la plupart des phobiques sociaux possèdent des habiletés sociales correctes mais n'arrivent pas à les mettre en oeuvre à cause de l'anxiété, et chez certains dépressifs. L'EHS est une intervention thérapeutique qui consiste à enseigner de manière explicite des comportements sociaux positifs et des stratégies de résolution de conflits afin d' apprendre au patient à interpréter correctement les signaux sociaux, et à développer des comportements pro-sociaux cohérents.

EHS et autisme :

L'EHS constitue un des éléments-clé des approches cognitivo-comportementales destinés à

aider l'enfant souffrant d'un trouble du spectre autistique à apprendre à communiquer non-verbalement avec autrui : la méthode ABA basée sur les recherches de Lovaas (1978), ou alors TEACCH, dont l'efficacité dans l'intégration des enfants autistes dans leur environnement social est supportée par de très nombreuses méta-analyses (rapport INSERM, 204) : comprendre les mimiques et gestes de l'autre, utiliser soi-même langage non-verbal et, si possible, verbal de façon cohérente pour communiquer ses demandes et ses états émotionnels, apprendre à réagir de façon adaptée aux demandes d'autrui.

EHS et schizophrénie :

L'EHS constitue une intervention complémentaire aux traitements pharmacologiques des patients schizophrènes ; l'inclusion des parents ou autres proches du patient s'avère efficace pour réduire la tension intra-familiale dans les familles à haut niveau émotionnel exprimé (Favrod & Barrelet, 1993). Les personnes schizophrènes présentent habituellement des déficits au niveau des habiletés sociales, et leur difficulté à interpréter correctement le comportement social verbal et non-verbal d'autrui est un des facteurs contribuant au stress chronique et aux états émotionnels négatifs favorisant les hallucinations et idéations délirantes. L'EHS constitue pour ces patients un moyen efficace à gérer et réduire l'incapacité fonctionnelle liée à la pathologie : en individuel ou en petit groupe homogène, il comporte des jeux de rôle et des situations structurées d'expression émotionnelle dont l'objectif est l'amélioration de la perception sociale, du jugement social et des performances sociales.

EHS chez l'enfant et l'adolescent

Des programmes cognitivo-comportementaux structurés, faisant ou non intervenir les familles et combinant l'EHS à l'affirmation de soi, à l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes interpersonnels et à la restructuration cognitive des pensées négatives centrées sur soi, comme le programme ACTION québécois ont montré une efficacité significative dans l'amélioration et la prévention de l'état dépressif chez l'enfant et l'adolescent (Vitaro & Gagnon, 2000). L'EDH a démontré son efficacité dans l'amélioration des difficultés des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages, qui sont confrontés plus souvent que les autres élèves au rejet ou à l'intimidation, qui ont du mal à nouer des amitiés solides et présentent plus souvent des troubles anxieux et dépressifs en lien avec ces difficultés sociales (Wiener & Timmermanis, 2012).

Les techniques d'affirmation de soi : En situation individuelle ou de groupe, ils trouvent leur application dans le traitement de la phobie sociale et s'adressent à toute personne souhaitant améliorer sa communication et son mode de relation à autrui. En TCC, l'affirmation de soi est définie comme un "comportement qui permet à une personne d'agir au

mieux de ses intérêts, de défendre son point de vue sans anxiété excessive, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres" (Alberti & Emmons, 1978). Le comportement affirmé se définit par contraste à des comportements dysfonctionnels soit par excès d'agressivité (parler sans écouter l'autre, exiger au lieu de demander, empiéter sur l'espace social de l'autre, montrer des mimiques fermées ou menaçantes, fixer le regard de l'autre, faire des remarques cinglantes) soit par excès d'inhibition (ne pas oser dire non, éviter le regard, parler à voix basse ou inaudible, écouter l'autre sans prendre la parole, réprimer l'expression émotionnelle et notamment la colère). L'objectif de la stratégie thérapeutique d'Affirmation de Soi est d'aider le patient à acquérir les moyens comportementaux et cognitifs utiles pour un mode relationnel interpersonnel équilibré dans sa vie quotidienne, afin que ses droits se trouvent en équilibre avec les droits d'autrui. L'objectif des séances est de déterminer précisément les situations et contextes dans lesquels le patient a besoin de développer un comportement affirmé, puis de mettre au point et d'entraîner des séquences comportementales verbales et non-verbales affirmées grâce à des jeux de rôle ; par exemple faire une demande, dire "non", formuler une critique constructive, accepter et formuler un compliment, reconnaître et gérer des comportements manipulateurs (Fanget, 2007). Entre les séances, le patient s'exerce dans la vie réelle en utilisant un comportement affirmé avec des interlocuteurs et dans des situations diverses.

Les jeux de rôle combinent différents effets thérapeutiques basés sur les résultats de la recherche sur l'apprentissage, comme

- l'apprentissage par imitation d'un modèle compétent positif : les thérapeutes jouent le comportement affirmé sur le plan verbal et non-verbal, et le patient modèle ce comportement
- l'inhibition réciproque : lors des jeux de rôle, le patient exprime activement des sentiments positifs ou une agressivité modérée, ce qui inhibe l'anxiété,
- le feed back positif : lorsque le patient parvient, même incomplètement, à adopter le comportement affirmé qu'il souhaite, le thérapeute et les autres participants formulent leurs observations positives.

L'Economie de jetons, ou méthode Barkley

La première approche comportementale de la schizophrénie, mise au point dans les années 1960 suite aux travaux d'Ayllann & Azrin (1965) visait à améliorer le fonctionnement du patient dans sa vie courante, et à promouvoir autonomie et intégration socio-professionnelle,

en l'aidant à modifier des comportements déficitaires ciblés comme l'hygiène corporelle, les prises médicamenteuses, la préparation des repas, la gestion du temps comme horaires et rendez-vous. La technique dite d'économie de jetons, élaborée et adaptée ensuite à d'autres publics par Barkley (1995), s'appuie sur le principe de l'apprentissage par conditionnement opérant et utilise des jetons (ou autres supports comme billes, gommettes ou images pour les enfants) pour raccourcir le délai entre l'action et le renforcement : chaque fois que le patient parvient à réaliser l'activité convenue, il reçoit un renforcement sous forme de jetons qu'il peut accumuler et échanger contre des objets ou activités qui lui font plaisir.

Si cette technique a été décrite comme relevant du dressage ou de l'éducation basique, il s'agit en réalité d'une modalité de traitement élégante qui repose sur des concepts solides et qui, quand elle est appliquée selon le protocole précis, s'avère rapidement efficace dans de nombreux troubles où une première modification de comportements inadaptés envahissants doit permettre au sujet d'accéder à davantage d'autonomie, à une meilleure régulation émotionnelle et relationnelle et une gestion de soi plus fonctionnelle. Elle est utilisée couramment dans le TDA/H, les troubles du spectre autistique, les troubles schizophréniques ainsi que dans d'autres situations cliniques ou éducatives, où l'objectif est

- de diminuer des comportements impulsifs ou fortement automatisés (hypermotricité, impulsivité comportementale, gestes stéréotypés, actes auto-ou hétéroagressifs), initialement peu accessibles au contrôle cortical ;
- d'augmenter des comportements constructifs et pro-sociaux demandant un effort initial au sujet.

Depuis plusieurs années, le service de psychopathologie pédiatrique de l'Hôpital Robert Debré propose aux parents d'enfants présentant un TDA/H, un programme d'entraînement aux habiletés parentales basé sur la méthode Barkley.

Les techniques de relaxation : L'apprentissage d'exercices de relaxation systématique favorise l'abaissement de l'anxiété, du stress, de l'hypertension artérielle (Haaga et al., 1994), la relaxation constitue donc une approche psychothérapeutique trans-diagnostique. La relaxation médicale repose sur des principes scientifiquement validés, et notamment sur le concept de l'inhibition réciproque: la réponse de stress ne peut pas coexister avec la réponse de relaxation.

Les approches les plus utilisées incluent l'imagerie mentale constructive (particulièrement efficace avec les jeunes), des techniques basées sur le "*body scan*", la

relaxation sophrologique, la relaxation musculaire progressive selon Jacobson, le Training Autogène selon Schulz, les approches méditatives et de pleine conscience, ainsi que les techniques de biofeedback récentes comme la cohérence cardiaque.

Des techniques de relaxation approfondie (Training Autogène de Schultz, relaxation musculaire progressive selon Jacobson, sophrologie) sont particulièrement indiquées dans les troubles anxieux chroniques et notamment le TAG, ainsi que les techniques récentes de biofeedback et notamment la cohérence cardiaque (Cungy & Deglon, 2009), en raison de l'influence réciproque entre le système nerveux et l'activité cardiaque: l'anxiété tend à augmenter la fréquence cardiaque, et par une action de feed-back, un rythme cardiaque accéléré entretient l'anxiété. Puisqu'il est impossible de (se) raisonner quand l'émotivité est extrêmement forte, les exercices de relaxation et de cohérence cardiaque contribuent d'une part à baisser le niveau global de l'anxiété et d'autre part à améliorer la qualité des cognitions dans la situation anxiogène.

Dès que le patient a acquis la capacité à produire une réponse de relaxation, il peut pratiquer des exercices de relaxation brève comme la crise de calme ou la relaxation minute (Cungy & Deglon, 2009) plusieurs fois pendant la journée, à titre préventif et également dans les situations anxiogènes afin de diminuer l'intensité de la réponse de stress. Il s'agit d'exercices brefs et fréquents qui durent 30 secondes à 5 minutes et constituent un outil de prévention à pratiquer, les yeux ouverts et en tous contextes - dans la file d'attente du cinéma ou devant la caisse du supermarché, en attendant de monter sur l'estrade avant une présentation orale etc.

Points communs des différentes techniques de modification comportementale:

- Toutes les techniques comportementales fonctionnent d'autant mieux que les tâches sont fractionnées en "étapes" suffisamment faciles pour que le patient puisse les réussir. Cela est encore plus valable chez l'enfant et ce d'autant plus qu'il est jeune. L'important n'est pas de vouloir assurer un progrès rapide, mais d'obtenir l'adhésion du patient afin qu'il essaye de réaliser le comportement proposé, et qu'il obtienne une réussite au moins partielle. Si les techniques rapides d'exposition massive de type *flooding* donnent des résultats cliniques rapides, la progression adaptée aux possibilités individuelles permet au patient d'améliorer son sentiment d'auto-efficacité et de gagner en autonomie dans la gestion de son trouble.

- Le renforcement joue un rôle essentiel: le praticien veille à féliciter son patient chaque fois que celui-ci a réussi, même partiellement, à adopter le nouveau comportement. Les échecs seront pris en compte mais interprétés comme étant passagers et dus non pas à un

manque de volonté de la part du patient mais à un manque d'entraînement: “réessayez, la prochaine fois, vous y arriverez”, ou comme le signe que la tâche était trop difficile et qu'elle doit être fractionnée en étapes plus faciles.

3.1.4. Le Modèle Cognitif

À partir des années 1960, les processus psychiques internes que sont les pensées, croyances, motivations, sentiments, émotions etc., qui échappent à l'observation directe et étaient donc inaccessibles aux chercheurs comportementalistes, deviennent progressivement accessibles à l'étude scientifique grâce aux progrès des neurosciences, de l'imagerie cérébrale et des avancées en psychologie cognitive. La psychologie cognitive s'intéresse aux processus de traitement de l'information – conscients ou inconscients, normaux ou pathologiques, archaïques ou évolués – et emprunte certains paradigmes au domaine de l'intelligence artificielle. Chercheurs et cliniciens de la vague cognitiviste s'intéressent au rôle des cognitions dans la régulation comportementale : les cognitions dites "froides", issues de l'activité mentale (croyances, attentes, motivations, dialogue intérieur, imagerie mentale) et les cognitions dites "chaudes", impliquant des éléments affectifs (émotions, ressentis somatiques, sentiments...) contribuent à comprendre les processus psychiques qui précèdent et suivent un comportement : ce ne sont pas les faits eux-mêmes qui génèrent une réponse comportementale, mais l'interprétation cognitive et l'état émotionnel du sujet vont interagir et influencer les tendances à l'action, la motivation à agir, les décisions et comportements.

Certains comportementalistes comme Bandura ont contribué de façon décisive à cette évolution. Le modèle cognitif est venu enrichir considérablement l'approche behavioriste, et constitue la 2ème vague des T.C.C.

Le terme de *fonctions cognitives* remplace aujourd'hui celui de cérébrales supérieures. Elles contribuent de façon essentielle à notre adaptation au monde extérieur et assurent l'équilibre de notre monde intérieur. Elles comprennent un large éventail de processus mentaux : les perceptions ou gnosies (visuelle, auditive, sensitive, etc.) ; les différentes mémoires comme la mémoire procédurale qui permet de stocker les apprentissages moteurs et les plans d'action, qui correspond à l'apprentissage par conditionnements, la mémoire épisodique ou autobiographique, qui correspond aux faits et événements de l'histoire

personnelle qui sont datés et localisés, la mémoire sémantique, qui permet de donner un sens à ce que nous vivons à chaque instant et représente la mémoire culturelle avec les structures linguistiques, les cadres conceptuels et les « scripts » ou scénarios qui vont orienter les actions, le raisonnement logique, les processus d'anticipation et d'évaluation, l'imagination, la motivation, le langage dans ses versants de compréhension et d'expression orale et écrite, les fonctions visio-spatiales, les praxies constructives et gestuelles, l'attention et les fonctions exécutives qui permettent d'élaborer des stratégies, résoudre un problème logique, planifier une action et en évaluer les résultats, généraliser des apprentissages à des circonstances nouvelles.

La psychologie cognitive décrit les relations entre "conscient" et "inconscient" en distinguant deux types de processus cognitifs : les processus automatiques et les processus contrôlés (Beck et al., 1979; Cottraux, 2001). Les processus cognitifs automatiques sont inconscients, rapides, ne requièrent pas d'effort et peu ou pas d'attention et sont difficiles à modifier. Ils sont liés aux schémas cognitifs : les chercheurs du début de la vague cognitive comme Beck, Eysenck, Teasdale, Clark ont défini les schémas cognitifs comme des structures psychiques durables représentant l'empreinte de l'expérience sur l'organisme (Alford & Beck, 1997). Ce sont des réseaux neuronaux sémantiques, réunissant des concepts liés à un même thème et stockés en mémoire à long terme. Parmi les différents types de mémoire à long terme, les schémas cognitifs semblent appartenir au domaine de la mémoire sémantique et agir comme des filtres, sélectionnant et traitant l'information de manière inconsciente. Les schémas cognitifs sont activés par certains stimuli liés à l'expérience passée de la personne (stimuli environnementaux ou stimuli internes) ; une fois activés, ils interviennent dans toute la chaîne du traitement de l'information et leurs effets peuvent se manifester au niveau de la perception, de la proprioception, de la mémoire, de l'attention, du raisonnement. Le résultat de ce traitement cognitif inconscient sont les pensées automatiques, qui émergent à un niveau proche de la conscience sous forme d'image mentale ou d'auto-verbalisation.

Les processus cognitifs contrôlés sont conscients, lents, impliquent les aires corticales préfrontales et requièrent à la fois effort et attention ; ils sont plus faciles à modifier. Ils correspondent à la pensée logique, permettant une pensée objectivante et un décentrement par rapport à soi. Ils font appel à la mémoire déclarative qui permet une récupération consciente des souvenirs stockés en mémoire épisodique et aussi en mémoire sémantique.

L'objectif principal des thérapies cognitives est de favoriser les processus de traitement de l'information contrôlés, par rapport aux processus automatiques perturbés par les schémas cognitifs.

Les schémas représentent donc des interprétations personnelles de la réalité, qui sont basées sur l'expérience passée de l'individu et qui influent sur les stratégies individuelles d'adaptation. Ce sont des *patterns* émotionnels agissant comme des filtres attentionnels qui déterminent quelles informations seront sélectionnées par l'individu dans l'environnement et dans la mémoire à long terme. L'attention sélective vis-à-vis des événements qui confirment le schéma rend les schémas difficiles à détecter et à remettre en question : le schéma représente une prédiction qui s'auto-confirme et est à la base des distorsions et des biais cognitifs.

Ces schémas sont à relier à des structures neurobiologiques – des réseaux neuronaux –, gérant à la fois les émotions, les croyances et les tendances à l'action, sélectionnées par l'évolution philo et ontogénétique et représentant une valeur de survie dans l'histoire de l'espèce ou de l'individu desquels ils représentent un vestige qui a survécu à son utilité pratique.

Les schémas constituent la base inconsciente des préjugés, des attitudes ou croyances irrationnelles et des interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Ils sont un facteur de vulnérabilité cognitive individuelle envers les troubles mentaux. Dans les troubles de l'Axe 1 du DSM IV TR on retrouve, par exemple, des schémas d'interprétation négative et d'impuissance acquise dans la dépression, des schémas de danger et de vulnérabilité dans les phobies et le trouble panique, des schémas de sur-responsabilité et d'intolérance à l'incertitude dans le trouble obsessionnel compulsif. Au niveau des troubles de l'Axe 2, les schémas dysfonctionnels précoces (Cottraux & Blackburn, 2001 ; Young, 1995, 2005) jouent un rôle important dans la structuration de la personnalité, et dans le développement des différents troubles de la personnalité. Ils contribuent à conditionner la façon dont chaque individu interprète son environnement, et sa réaction face aux événements.

Deux personnes affrontant un même événement auront des réponses émotionnelles et comportementales différentes, en fonction de leur tempérament, de leur personnalité, de leur état d'humeur, et de leurs schémas cognitifs. Prenons l'exemple d'une première leçon de conduite: Face à cette situation inconnue et exigeante sur le plan attentionnel, une personne va rester relativement neutre sur le plan émotionnel et adopter un comportement adapté à la situation, alors qu'une autre éprouvera une crainte et un stress intenses, et montrera des comportements d'évitement, de refus ou d'agitation.

Pour les cognitivistes, l'origine de ce vécu émotionnel négatif se trouve dans des pensées automatiques dysfonctionnelles, caractérisés par des “erreurs” de traitement de l'information, nommées distorsions cognitives: l'information n'est pas traitée rationnellement en fonction de la situation actuelle objective, mais sous l'influence de contenus psychiques stockés en mémoire à long terme. Ainsi, une personne pourra présenter des pensées dysfonctionnelles dans certaines situations spécifiques qui activent des souvenirs autobiographiques pénibles. Cette récupération de contenus stockés en mémoire à long terme se fait généralement par un processus automatique et très rapide et ces contenus s'imposent à la conscience sous forme d'images ou d'auto-verbalisations répétitives nommées pensées automatiques ou pensées intrusives.

Ce sont principalement les psychiatres américains Beck et Ellis qui fondent l'approche cognitive à partir de la deuxième partie des années 1950.

Psychiatre et chercheur de formation psychanalytique, Beck met au point des protocoles de recherche clinique dans l'objectif de vérifier les thèses psychanalytiques concernant la dépression. Les résultats, de façon inattendue, démontrent que la théorie psychanalytique de la dépression ne correspond pas à la réalité clinique, mais il observe que les patients dépressifs présentent tous un même type de dialogue intérieur, survenant apparemment de façon spontanée et automatique et comportant une très importante connotation négative. Cette connotation négative influence les opinions, souvenirs, images mentales etc du patient quand il pense à lui-même, aux autres et au monde en général, à l'avenir. En aidant les patients à identifier et à remettre en question ces pensées automatiques, Beck constate qu'ils parviennent à développer des pensées plus réalistes, à se sentir mieux sur le plan émotionnel et à mieux fonctionner dans leur vie quotidienne. Quand le patient arrive à prendre du recul par rapport à son propre dialogue intérieur automatique négatif et à développer des pensées plus réalistes et plus positives sur lui-même, son environnement et son avenir, la thérapie montre des effets positifs durables sur le bien-être émotionnel et sur les comportements du patient. Beck crée alors le terme «thérapie cognitive» pour cette approche qui devient rapidement un traitement psychothérapeutique de la dépression aiguë et chronique et dont l'efficacité a été confirmée dès la première étude clinique en 1977 qui comparait la thérapie cognitive aux antidépresseurs.

Psychiatre également, Ellis met au point à la même époque la Thérapie Comportementale Emotivo-Rationnelle – en anglais Rational Emotional Behavior Therapy ou

REBT. Elle était initialement surtout destinée à aider des personnes socialement inhibées à remettre en question des croyances inconscientes dysfonctionnelles qui les empêchent de prendre l'initiative dans des situations sociales (comme par exemple: "je dois être aimé et approuvé en tout et toujours par tout le monde"; "il vaut mieux éviter une difficulté que d'entreprendre des activités constructives pour la surmonter"; "si les choses ne se passent pas comme je le souhaite, c'est une catastrophe").

Le modèle ABCDE d'Ellis permet de résumer le mécanisme d'action de la thérapie cognitive des croyances dysfonctionnelles:

- A activation d'un schéma de croyances irrationnelles par un événement
- B identification de ce schéma lors de la séance thérapeutique
- C identification des conséquences de ce schéma, sur le comportement et sur les pensées
- D modification des croyances irrationnelles
- E résultat: mise en place progressive d'une conception du monde plus rationnelle et réaliste

La compréhension des schémas affectifs et des croyances dysfonctionnelles irrationnelles, en grande partie inconscients, qui influencent la pensée consciente et les décisions comportementales préfigurait l'intégration dans la psychothérapie cognitivo-comportementale d'un travail sur des schémas de croyances situés dans les structures profondes de la personnalité, et peu accessibles à la pensée consciente (Ellis & Ellis, 2011).

Sur le plan philosophique, l'approche cognitiviste ressemble fortement à la philosophie stoïcienne : ce n'est pas l'événement en lui-même qui pose problème à l'être humain, mais la perception et l'interprétation mentale qu'il en fait (Pichat, 2013). Par rapport aux interprétations non-conformes à la réalité, les stoïciens recommandent :

- de prendre du recul, par rapport à l'événement qui pose un problème, notamment en variant les points de vue. Par exemple : Qu'en penserait un ami ou un autre proche s'il était confronté à cette situation? Qu'en penserait un étranger ? Si je m'imagine dans dix ans, quelle serait mon attitude face à cette situation ? Ceci afin de limiter les biais liés à un point de vue trop restreint et une charge émotionnelle trop forte ;

- d'examiner l'événement qui nous perturbe dans le détail et aussi dans ses différents contextes afin d'en percevoir au maximum les différentes propriétés.

Ces techniques stoïciennes de mise en perspective et de relativisation des situations difficiles, de distanciation et de remise en question des pensées automatiques contribuent à

développer la souplesse cognitive qui caractérise l'état de bonne santé psychologique ; elles font partie intégrante de l'approche cognitive des T.C.C.

Les neurosciences confirment les résultats de ces recherches cliniques fondatrices de l'approche cognitive, qui étaient révolutionnaires dans les années 1960 .

Les fonctions cognitives ont un support anatomique, elles sont organisées en modules et sous-modules sous-tendus par des réseaux neuronaux. Les lobes occipitaux sont particulièrement impliqués dans le traitement des informations visuelles, les lobes pariétaux dans les traitements de l'espace et des gestes ; les lobes temporaux dans la mémoire, la compréhension du langage e la gestion des émotions ; les réseaux neuronaux des lobes frontaux sont particulièrement sollicités par la mise en oeuvre des fonctions exécutives, par exemple fixer l'attention, décider de la stratégie optimale et déclencher l'action, s'adapter aux changements en modifiant rapidement l'action en cours etc..

La distinction entre processus cognitifs normaux et pathologiques peut se faire selon une approche dimensionnelle plutôt que catégorielle. Alors que le pôle de la normalité se caractérise par la souplesse cognitive, par la capacité du sujet d'examiner une pensée, une croyance, une image mentale, de façon rationnelle, avec un peu de recul, et d'en relativiser le caractère "réel", c'est à dire de ne pas confondre sa pensée avec une réalité objective, le pôle de la pathologie se caractérise par la rigidité, par une incapacité à remettre en question la validité et la réalité d'une pensée, par une incapacité à adopter un point de vue différent.

3.1.5. L'analyse fonctionnelle cognitivo-comportementale

Le développement de l'approche cognitive a permis d'enrichir l'analyse fonctionnelle comportementale, elle permet de mettre en évidence le rôle joué par les processus internes que sont les cognitions "froides" -pensées, croyances, images mentales, auto-verbalisations... et les cognitions "chaudes" - émotions et ressentis physiologiques... dans le comportement observable.

Si l'analyse fonctionnelle comportementale A-B-C peut être réalisée à partir du seul comportement observable, l'analyse fonctionnelle cognitivo-comportementale nécessite un dialogue spécifique avec le patient. De la part du patient, elle nécessite une capacité d'auto-observation de ses pensées et émotions "in situ", donc dans la situation concrète où se manifeste sa problématique, et de leur verbalisation pendant la consultation.

Il existe deux principaux modèles pour explorer les différentes composantes comportementales et cognitives d'une situation-problème, le modèle BASIC-IDEA, plus complexe et le modèle SECCA qui permet un bon compromis entre rapidité d'utilisation et exhaustivité, que nous allons présenter ici:

Situation	Où ? Quand ? Avec qui ? Pendant combien de temps ? Qu'est-ce qui améliore, qu'est-ce qui aggrave la difficulté ?
Émotions	Peur, colère, dégoût, joie, surprise, honte... et/ou ressentis physiologiques, par exemple : boule dans la gorge, ventre serré, envie de vomir, muscles tendus, douleurs, vertige...
Cognitions	La première pensée qui vient à l'esprit, la pensée "automatique"
Comportement	Qu'est ce que j'ai fait dans cette situation ?
Anticipation	Si cette situation se reproduit, comment vais-je l'appréhender ?

3.1.6. Techniques de psychothérapie cognitive

Les techniques psychothérapeutiques cognitives et comportementales reposent toutes sur le même postulat de base de l'interaction et de l'interdépendance circulaire entre pensées, émotions, comportements et environnement : si la personne parvient à modifier son interprétation cognitive erronée concernant un événement, la réponse émotionnelle associée sera moins intense et les comportements qui en résultent seront plus fonctionnels et plus adaptés à la situation.

La psycho-éducation consiste à expliquer au patient et/ou à ses proches, en utilisant des termes simples et clairs, adaptés à son âge et son niveau de formation, les mécanismes et les conséquences de sa pathologie mentale. Cela permet d'améliorer l'obéissance thérapeutique, facilite le dialogue soignant-soigné, diminue le sentiment de culpabilité que le patient éprouve fréquemment face aux symptômes et face à leurs conséquences sur son environnement, permet au patient de devenir actif, de devenir collaborateur dans le traitement et facilite la situation pour les proches.

La restructuration cognitive : À partir de ses travaux sur les modifications de pensée caractéristiques lors d'un état dépressif, Beck a identifié des altérations affectant le cours logiques normal de la pensée dans le sens d'une trop grande rigidité selon différents modes, et

dont la fréquence augmente dans les états psychopathologiques. Ces altérations, appelés distorsions cognitives ou biais cognitifs, affectent les pensées dites automatiques. Les pensées automatiques ne résultent pas d'une réflexion consciente et ne traitent pas les informations liées à la situation présente selon un mode réaliste et rationnel, mais sont issus de schémas cognitifs liés aux contenus stockés en mémoire à long terme. Les pensées automatiques sont généralement d'une tonalité négative et excessive, et s'imposent à la personne comme des évidences qu'elle accepte comme des réalités indiscutables.

Beck en identifie une douzaine de distorsions cognitives; les plus fréquentes sont la pensée dichotomique ou pensée en tout ou rien (“si je fais une petite erreur dans mon travail cela signifie que j'ai tout râté”), de surgénéralisation (“si cette personne ne m'apprécie pas, cela signifie que personne ne m'appréciera jamais vraiment”), maximisation du négatif et minimisation du positif (“de toute façon, je n'ai rien réussi dans ma vie”), la personnalisation (“mon collègue avait un visage fermé quand je l'ai salué ce matin, il m'en veut certainement”, “il pleut encore, c'est pas juste, chaque fois que je veux aller à la plage il pleut”), l'attribution arbitraire etc.

Des techniques cognitives spécifiques, notamment le questionnement socratique, la technique de la flèche descendante sont destinés à amener le patient à reconsidérer ses postulats trop rigides et ses distorsions cognitives, et à générer des pensées et attitudes plus réalistes .

La tenue d'un carnet d'auto-observation : Quand le patient et le thérapeute ont identifié un comportement problématique, le patient va apprendre à observer, dans sa vie de tous les jours, les événements qui précèdent, qui accompagnent et qui suivent ce comportement.

Entre les séances de thérapie, le patient va observer et noter sur le carnet d'auto-observation les situations dans lesquelles le comportement problématique se manifeste, ses pensées automatiques, ses réactions émotionnelles et les comportements qu'il met en place et en séance patient et thérapeute travaillent ensemble à trouver des stratégies pour les remplacer progressivement par des pensées plus fonctionnelles et plus réalistes. Le système des colonnes de Beck permet de synthétiser cette auto-observation et facilite la prise de notes.

Les techniques d'imagerie mentale : Les images intrusives ou “mauvais films” et les auto-verbalisations négatives issues de la mémoire auto-biographique influencent le déclenchement et le maintien de nombreux troubles psycho-affectifs et notamment l'Etat de Stress Post-

Traumatique (ESPT). La rescénarisation en imagination, ou RI, est une technique permettant une récupération mnésique volontaire et un traitement cognitif des contenus émotionnels qui leur sont associés. La RI permet une modification des affects négatifs et des croyances dysfonctionnelles associés à certains souvenirs autobiographiques pénibles ; elle s'avère efficace dans le traitement cognitif de nombreux troubles, chez l'adulte et chez l'enfant (Ceschi, 2012).

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou Desensibilisation ou retraitement de l'information accompagné de mouvements oculaires) est une technique psychothérapeutique courte dérivée des T.C.C., initialement conçue pour le traitement du stress post-traumatique. L'EMDR tel que mis au point par Shapiro (1995) est employé des stimulations sensorielles bilatérales alternées, visuelles, kinesthésiques ou auditives. Mettant en jeu des mécanismes psycho-neurologiques au niveau du cortex cérébral et du système limbique elle agirait en permettant une meilleure intégration entre aspects cognitifs (croyances, signification personnelle) et aspects émotionnels et physiologiques d'un souvenir traumatique.

La Remédiation cognitive : Elle fait partie intégrante du traitement cognitif des séquelles cognitives après une dépression (attention, concentration, fonctions mnésiques), elle est utilisée pour améliorer le traitement de l'information erronée chez les patients présentant un trouble schizophrénique et elle est de plus en plus employée dans l'Anorexie Mentale afin d'aider les patientes à modifier leur image du corps dysfonctionnelle.

Le travail motivationnel : À l'aide de modèles théorico-cliniques comme le modèle des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1992), il permet d'évaluer la motivation du patient à modifier un comportement problématique dans de nombreux domaines de comportements de santé et aide le thérapeute à adapter les interventions afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique et le maintien des résultats thérapeutiques obtenus.

Les stades motivationnels identifiés par ces chercheurs sont:

- la précontemplation : la personne n'envisage pas de modifier son comportement ;
- la contemplation : la personne prévoit de changer son comportement, elle se renseigne mais n'est pas passée à l'action ;
- la préparation : la personne cherche de l'aide, elle planifie concrètement les modifications comportementales au quotidien ;
- l'action : la personne met en pratique au quotidien de nouveaux comportements de santé

- le maintien : après avoir réussi à adopter des comportements de santé positifs, la personne arrive à anticiper les moments difficiles et trouve des stratégies afin de limiter les risques de « rechute » ; elle réussit à pérenniser les nouveaux comportements.

Les entretiens motivationnels peuvent être considérés comme une adaptation du questionnement socratique mis au point par Beck (1976) - et qui fait partie intégrante de toute TCC - à la prise en charge des comportements de santé problématiques : modification du comportement alimentaire, sevrage alcoolique ou nicotinique ou d'autres substances, reprise d'activité physique (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Ces entretiens créent un cadre propice à la réflexion et au changement car ils tiennent compte des facteurs affectifs et irrationnels ainsi que des apprentissages qui maintiennent le comportement problématique (Burke, Arkowitz & Dunn, 2002). En TCC, on considère cette ambivalence et les résistances au changement comme un phénomène normal, résultant d'apprentissages devenus inadaptés et qu'il convient de réactualiser et dans lesquels le patient est englué, non pas parce qu'il le désire profondément (la pulsion de mort des analystes), mais parce qu'il ne dispose pas des stratégies de résolution de problème adéquates. En effet, dans nos sociétés actuelles la plupart des patients disposent des informations intellectuelles concernant les comportements de santé positifs ; ils les ont lues, entendues à de multiples reprises. Mais chacun de nous sait que ce n'est pas toujours la pensée rationnelle qui préside à nos décisions et qui ensuite guide nos actions au quotidien et en pratique médicale quotidienne le MG voit en consultation justement les personnes qui sont aux prises avec un tel problème décisionnel et motivationnel. Le MG peut donc :

- Montrer de l'empathie par une écoute active et réflexive et "normaliser" les sentiments d'ambivalence
- Identifier les écarts entre les objectifs exprimés par la patiente, et ses comportements actuels
- Accepter les résistances, sans essayer de convaincre la patiente ou de l'amener à changer par des arguments rationnels
- Soutenir le sentiment d'auto-efficacité du patient en montrant son espoir et sa confiance dans les capacités de changement du patient.

3.1.7. La troisième vague : Les approches émotionnelles

Comme le fait remarquer Philippot dans sa préface à l'ouvrage "Tristesse, peur, colère : Agir sur ses émotions" (Hahusseau,2011), les émotions étaient peu prises en compte dans les diverses approches psychothérapeutiques, jusqu'au développement des TCC et notamment de la thérapie cognitive. Damasio (2002) a contribué à mettre en relief les résultats de recherche sur les liens entre les émotions et le corps. Les émotions s'expriment principalement à travers le corps ; elles provoquent des sensations physiques, elles modifient le rythme cardiaque et respiratoire, elles agissent sur le système nerveux autonome de nombreuses façons. Ces modifications physiologiques et ces ressentis font ensuite l'objet d'une évaluation cognitive.

Les bases neuro-anatomiques de l'émotion sont constituées d'un ensemble de systèmes neuronaux. La conception de MacLean du système limbique comme siège des émotions a évolué et on décrit actuellement les unités fonctionnelles ou les circuits neuronaux des différentes émotions (Ledoux, 1998). Les bases neuro-anatomiques de l'émotion sont constituées d'un ensemble de systèmes neuronaux. La conception de MacLean du système limbique comme siège des émotions a évolué et la neuro-anatomie considère actuellement que les émotions, au même titre que d'autres fonctions cognitives comme le langage, le raisonnement logique, la mémoire etc., sont pris en charge par des unités fonctionnelles, des « systèmes composés » de plusieurs unités cérébrales reliées ou circuits neuronaux (Ledoux, 1998). Le noyau amygdalien, le noyau accumbens, l'hippocampe, l'hypothalamus, le thalamus ainsi que certaines aires du cortex préfrontal et du cortex temporal interviennent dans les principaux circuits impliqués dans le vécu et l'expression émotionnelle

Pour Ledoux et Muller (1997), chaque émotion correspond à une unité cérébrale fonctionnelle distincte, résultat d'une longue sélection au cours de l'évolution. Les émotions s'expriment principalement à travers le corps, provoquant des sensations physiques, modifiant le rythme cardiaque et respiratoire, agissant sur le système nerveux autonome de nombreuses façons. Ces modifications physiologiques et ces ressentis font ensuite l'objet d'une évaluation cognitive qui va influencer les décisions comportementales. Les mécanismes par lesquels chaque individu régule ses émotions ont donc un impact majeur sur le stress perçu et le développement et l'évolution de nombreux troubles somatiques et psycho-affectifs. Sultan, Christophe & Leloirain (in Mikolajzac & Deseilles, 2012) décrivent les quatre stratégies de régulation émotionnelle les plus étudiées en recherche médicale dans le domaine de la cardiologie, cancérologie, immunologie et endocrinologie :

- **l'inhibition émotionnelle** : elle se caractérise par la suppression des émotions fortes négatives correspondant à l'alexithymie selon Sifnéos (1977), et constitue un facteur de risque favorisant l'apparition et l'aggravation notamment des maladies cardio-

vasculaires (Gross & Levenson, 1993) .

- **le contrôle de l'activation émotionnelle par les comportements:** la consommation de substances psychoactives - alcool, drogues illicites, nicotine, anxiolytiques etc. mais également la consommation alimentaire peuvent constituer des stratégies individuelles de gérer le stress et les émotions négatives liés aux difficultés de la vie quotidienne. Les travaux de Adam & Epel (2007) et de Sultan, Luminet & Hartemann (2010) soulignent le rôle de ce type de gestion émotionnelle dans le surpoids et l'obésité, le diabète de type 2 et la dépression et mettent en relief l'augmentation de la consommation d'aliments riches en lipides et en sucres rapides chez des personnes présentant ce type de *coping* émotionnel.
- **l'expression émotionnelle verbale ou la révélation de soi par écrit** selon Pennebaker & Beall (1986) sont corrélées positivement à des effets psychologiques et physiologiques positifs, comme une meilleure qualité de vie et une moindre détresse psychologique ainsi qu'un meilleur taux de survie chez des patients atteints de cancers (Hoyt, 2009 ; Reynolds et al, 2000), la diminution de la douleur dans la dorsalgie chronique. Ce type de régulation émotionnelle met en relief le rôle important que l'environnement social du sujet peut jouer.
- **le traitement actif des émotions** signifie que le sujet consacre de l'énergie et du temps à la compréhension et à l'élaboration de ses vécus émotionnels. Si cette stratégie s'avère bénéfique quand elle est de courte durée et concerne un événement récent, elle peut au contraire aggraver des ruminations mentales et entretenir un état de détresse si elle se prolonge ou si elle intervient trop longtemps après l'événement déclencheur.

Les approches récentes dites émotionnelles comprennent la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT), et les approches basées sur la Pleine Conscience ou Mindfulness, comme la réduction du stress par la pleine Conscience (MBSR). Issues en grande partie des traditions méditatives, ils ne visent pas à priori une réduction du stress, mais une légère prise de distance par rapport aux contenus de la pensée et aux vécus émotionnels afin de développer la plasticité cérébrale, l'attention et une attitude d'observateur bienveillant et non-critique face aux événements et aux vécus internes. Un élément-clé de cette approche est la dé-fusion, c'est à dire la prise de conscience qu'il existe une différence fondamentale entre pensée et réalité, entre pensée et action. Pour des raisons pratiques, nous n'allons pas ici développer le détail de ces techniques; l'efficacité de la gestion du stress basée sur l'approche de pleine conscience

(MBSR) dans la psychothérapie des troubles anxieux, et de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (TCBPC) dans celle des troubles dépressifs commence à être documentée (Kuyken, 2015).

Les approches récentes dites émotionnelles comprennent notamment la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) , et la réduction du stress par la pleine Conscience (MBSR), la phase la plus récente des TCC. Pour des raisons pratiques, nous n'allons pas ici développer le détail de ces techniques ; l'efficacité de la gestion du stress basée sur l'approche de pleine conscience (MBSR) dans la psychothérapie des troubles anxieux, et de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (TCBPC) dans celle des troubles dépressifs commence à être solidement documentée (Kuyken, 2015).

Toutes les techniques cognitivo-comportementales favorisent *in fine* la régulation émotionnelle, en ciblant différents aspects du vécu subjectif.

Apports de technologies récentes : réalité virtuelle et réalité augmentée

L'évolution des techniques de réalité virtuelle et de réalité augmentée a permis le développement d'approches thérapeutiques qui s'apparentent aux TCC car ils reposent sur des principes communs. En effet, la Thérapie d'Exposition par Réalité Virtuelle (TERV) repose sur le principe de l'exposition programmée avec inhibition de la réponse d'évitement, elle s'adresse aux phobies spécifiques comme l'acrophobie et l'aérophobie, aux phobies sociales spécifiques notamment à la peur de s'exprimer oralement devant un groupe. Le système Virtual Environment for Body Image Modification (VEBIM) selon Riva vise l'amélioration des distorsions de l'image du corps, fréquentes dans les troubles du comportement alimentaire. La réalité virtuelle est également à l'étude dans le traitement des patients schizophrènes, afin d'améliorer leur conscience corporelle (Lallart & Jouvent, cité dans Cottraux, 2009).

3.1.8. La relation thérapeutique et la communication médecin-patient

La relation thérapeutique est particulière aux T.C.C. ; son objectif est de créer un partenariat interactif, basé sur la collaboration entre thérapeute et patient, le thérapeute étant actif et interactif. Le patient prend une part active dans la compréhension et l'amélioration de ses troubles. La relation thérapeutique correspond donc à une approche négociée (Lutsman, Bourgeois & Véga, 2007). Entre les séances, le patient est invité à aller sur le terrain de sa vie

quotidienne et à observer comment il se perçoit dans un monde extérieur dépositaire d'une forme de réalité et comment il se comporte face aux «micro-événements» qui le mettent en difficulté : tensions, conflits, situations d'échec, peurs, déceptions, colère, bref, toute la gamme des expériences humaines (Lalive-Aubert, 2004). Certaines composantes caractéristiques de la relation entre PSM pratiquant les T.C.C. et son patient peuvent être parfaitement transposées sur la situation thérapeutique en soins primaires.

Des stratégies d'entretien spécifiques favorisent la communication verbale et la co-découverte des modes de pensée du patient:

Utilisation de questions ouvertes : une question fermée appelle une réponse en oui/

non, et fournit donc une information minimale : Dormez-vous bien ? Dans l'entretien clinique, privilégier les questions ouvertes permet au patient de s'exprimer plus librement et rapporte donc davantage d'informations liées à la thématique posée : Comment ça se passe au niveau de votre sommeil depuis la dernière fois?

Les 4 R (Cungy, 2006) :

Recontextualiser. Il s'agit de remettre ce que dit le patient, dans le contexte concret: cela se passe où ? quand? en présence de qui? pendant combien de temps? qu'est-ce qui soulage, qu'est-ce qui aggrave le problème? etc.

Reformuler. Le praticien répète ce que dit le patient, en utilisant ses propres mots.

Illustration : Le patient: "Je ne supporte plus le médicament X, il m'empêche de me lever le matin." Le médecin, en reformulant: "Quand vous avez pris X le soir avant le coucher, vous ressentez des effets pénibles au réveil, et des difficultés à vous mettre en route, c'est bien ça ?"

Résumer : Il s'agit de récapituler fréquemment ce qui a été dit par le patient, par le praticien et des thèmes abordés. L'objectif des résumés est de favoriser la compréhension et la mémorisation des points essentiels.

Renforcer : Être attentif aux progrès réalisés par le patient, et renforcer positivement le plus souvent possible.

Illustration : Le patient: "Je n'ai pas réussi à tenir mon régime sans sucre cette semaine, je suis désolé. Vous allez être fâché contre moi." Le médecin: "Comment ça s'est passé à table cette semaine ? Racontez moi un peu." Le patient: "J'ai mangé avec nos invités, un peu

n'importe quoi, j'ai honte. Juste lundi je m'y suis bien tenu, les invités étaient partis." Le médecin, ayant repéré le léger progrès: "C'est très bien d'avoir essayé et lundi vous y êtes arrivé, je vous félicite."

L'analyse fonctionnelle comportementale et cognitivo-comportementale peut contribuer à mieux comprendre des comportements ou réactions apparemment illogiques du patient et à préserver la relation thérapeutique.

L'apprentissage de l'Analyse Fonctionnelle nécessite un certain entraînement, mais comme elle s'inscrit dans l'approche médicale globale du patient, de son environnement et de sa maladie, elle peut constituer un apport considérable dans des situations cliniques et relationnelles complexes.

Nous proposons l'illustration suivante : Une jeune mère qui s'est jusque là bien occupée de son bébé de 6 mois refuse une intervention chirurgicale bénigne mais relativement urgente pour son enfant, impliquant une hospitalisation de quelques jours à l'hôpital de Y. Elle tente de justifier son refus par des arguments flous et quelque peu contradictoires, remettant la décision de jour en jour. Logiquement, son MG interprète son comportement – le refus de pratiquer le geste chirurgical – en fonction des conséquences négatives de ce comportement sur son enfant et il tente de la convaincre, sans succès. La relation entre le médecin et sa patiente devient rapidement tendue, et l'avis d'un pédiatre appelé en renfort ne permet pas de modifier le comportement de la jeune maman.

Si l'on formule l'Analyse fonctionnelle selon le modèle SORC de la relation thérapeutique à cet instant:

Situation : nécessité d'une intervention chirurgicale relativement urgente chez l'enfant

Organisme : jeune mère qui s'est avérée jusque là compétente dans les soins apportés à l'enfant

Réponse comportementale de la patiente : refus de faire admettre son enfant à l'hôpital de Y.

Conséquences : sentiment d'échec du praticien, la communication avec la maman se passe mal, la relation thérapeutique se dégrade, la prise en charge de l'enfant est dans l'impasse.

Un entretien clinique approfondi avec la jeune maman révèle qu'elle avait fait une fausse couche peu de temps avant de tomber enceinte de son enfant. Elle avait été hospitalisée dans ce même hôpital de Y., qu'elle assimile à un endroit potentiellement dangereux en raison du

souvenir très pénible qu'elle garde des circonstances de cette fausse couche.

On peut maintenant formuler l'Analyse fonctionnelle de son comportement de refus:

Situation : Nécessité d'une intervention chirurgicale chez l'enfant, l'hôpital de Y étant proposé pour cette intervention.

Organisme : jeune mère habituellement compétente qui a effectué un séjour préalable dans l'hôpital de Y., dans des circonstances pénibles

Réponse comportementale : refus d'y admettre son enfant

Conséquence à court terme : soulagement immédiat car elle a le sentiment de protéger son enfant et elle-même, d'un endroit qu'elle considère comme potentiellement dangereux.

Conséquence à moyen terme : mise en danger de l'enfant, dégradation de la relation avec son médecin.

Dans ce cas, la connaissance des antécédents a permis d'éclaircir la situation clinique, le médecin a pu discuter de l'événement avec la patiente, l'aider à relativiser son appréhension excessive et à autoriser l'hospitalisation.

3.1.9. La coopération entre médecin généraliste (MG) et professionnel de santé mentale (PSM)

La France est le pays européen où la collaboration est la moins développée (Kovess-Masfaty et al., 2007). Seulement 40 % des MG se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie (Drees, 2004, 2008) : manque d'informations claires sur les services proposés par les secteurs, délais importants avant un rendez-vous donc difficulté de prise en charge des urgences psychiatriques, absence de réponse fiable et de contacts identifiés, peu d'informations et de communication relative à l'évolution du patient adressé par le MG (de l'ordre de 80 % dans certaines études).

Le rapport rédigé par le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) (www.cnqsp.org) constate que le levier le plus efficace d'amélioration de la prise en charge des troubles psychiques en soins primaires réside dans un partenariat plus étroit entre médecine générale et psychiatrie. Ce rapport donnait l'impulsion à différentes initiatives pour favoriser la coopération entre généraliste et Professionnels de Santé Mentale, notamment les psychiatres, dans des dispositifs de soins partagés : les « consultations-liaison » proposent

des avis directs ou des interventions brèves auprès des patients qui posent problème aux MG, ainsi que des avis indirects que le PSM donne aux MG sans voir les patients. Il propose des missions de développement professionnel continu (DPC) : développement des compétences des MG et formation des psychiatres au suivi en soins partagés dans un cadre formalisé de pratiques en réseau. En France, des efforts de décloisonnement locaux sont réalisés sous l'impulsion d'équipes motivées ; pour donner quelques exemples parmi les initiatives dans ce sens : au Centre Hospitalier de Rouvray, au CHS de Dijon, dans le dispositif de soins partagés du Réseau santé mentale Yvelines-Sud (RPSM78) créé en 1999, qui vise à améliorer les liens entre soins de ville / soins hospitaliers, à rationaliser et faciliter le parcours de soins de santé mentale, notamment à favoriser l'accès à une psychothérapie et à améliorer la coordination et la communication entre médecins généralistes et psychologues/psychiatres.

Les T.C.C. utilisent une terminologie basée sur des concepts neuro-psychologiques récents et décrivant les troubles psychiques selon les catégories et critères internationaux ; elles peuvent constituer un langage commun accessible autant aux professionnels de santé ayant une formation principalement somatique qu'aux PSM. Les T.C.C. favorisent ainsi la communication et la coopération entre médecins et PSM, qu'ils soient psychiatres ou non-médecins (psychologues, psychothérapeutes, infirmiers).

3.2. Les troubles mentaux les plus courants en soins primaires: conceptualisation et pistes de prise en charge cognitivo-comportementale

Comme nous l'avons vu, la prévalence des troubles mentaux en soins primaires est élevée et le pourcentage de troubles psychopathologiques non-détectés l'est également. Les instruments psychotechniques qui constituent une aide au diagnostic sont peu utilisés par les médecins, surtout par manque de temps, et les manuels diagnostiques sont davantage adaptés à l'utilisation par des PSM ou des chercheurs que par des praticiens en soins primaires. La plupart des prescriptions de médicaments psychotropes ne font pas suite à un diagnostic psychopathologique précis. Des organismes d'état chargés de la prévention sanitaire comme l'USPSTF (United States Preventive Services Task Force) aux États Unis, et le consortium responsable de l'édition récente de lignes directrices pour la prise en charge médicale en Allemagne (Versorgungsrichtlinien) conseillent un dépistage de routine (screening) des principaux états psychopathologiques pendant la consultation de chaque patient qui est vu

pour la première fois ou qui n'a pas été vu depuis un certain temps. Si le patient répond oui à une question, une exploration spécifique du trouble concerné est réalisée, par le MG ou un PSM. La décision thérapeutique, c'est à dire prescrire une pharmacothérapie et /ou prévoir une psychothérapie, ne sera prise que lorsque l'hypothèse diagnostique argumentée est établie.

Les différentes méthodes de screening :

Screening pour l'Episode Dépressif Majeur actuel :

- « Lors des 2 dernières semaines, vous êtes vous senti triste, sans espoir, déprimé? »
- « Avez vous eu pas, ou moins, d'intérêt pour les activités qui vous faisaient plaisir auparavant? »

Si la réponse est oui à l'une ou aux deux questions, une exploration spécifique s'impose, par un entretien directif spécifique qui peut être complété par la passation d'un instrument psychotechnique validé. Pour cette phase diagnostique, le MG peut adresser son patient à un PSM, ou la réaliser lors de la consultation.

Screening pour le Trouble Panique :

- « Pendant les 4 dernières semaines, avez vous eu une crise d'anxiété qui s'est aggravée en moins de 10 minutes, et pendant laquelle vous avez ressenti une peur intense, un sentiment d'oppression ou d'agitation? »

Screening pour le Trouble Anxieux Généralisé :

- « Est-ce qu'il vous est arrivé de vous sentir tendu, inquiet, rempli d'appréhension anxieuse pendant un mois ou plus? »

Screening pour la Phobie Sociale :

- « Est-ce qu'il vous êtes arrivé d'avoir peur, sans raison précise, de parler aux autres, d'agir en étant observé ou d'être au centre de l'attention? »

Screening pour l'Agoraphobie :

- « Pendant le mois passé, avez vous eu peur, sans raison précise, d'utiliser les transports en commun, de vous rendre dans des magasins ou sur des places publiques? »

Screening pour l'Etat de Stress Post-Traumatique :

- « Avez vous vécu, à un moment de votre vie, un événement catastrophique ou dangereux dont les effets vous ont fait souffrir pendant des mois? »

Screening pour des épisodes maniaques ou hypomaniaques :

- « Vous est il arrive d'être inhabituellement euphorique, excité ou irritable pendant plusieurs jours, au point que vos proches s'inquiétaient pour vous? »

Screening pour la Cyclothymie :

- « Avez vous l'impression que vous passez facilement du rire aux larmes, et vice versa? »
- « Est-ce qu'un film vous fait facilement pleurer, ou rire? »

Screening pour Phobies Spécifiques :

- « Y avait il une période dans votre vie où vous avez souffert d'une peur excessive de certaines situations, de certains lieux, objets ou animaux? »

Screening pour Troubles Alimentaires :

- « Y avait il une période dans votre vie où vous vous êtes beaucoup inquiété(e), pendant plusieurs mois, de ce que vous mangiez, que vous pourriez être trop gros/grosse, que vous pourriez prendre du poids? »

Screening pour Trouble Obsessionnel :

- « Avez vous souffert de pensées dépourvues de sens et que vous ne souhaitez pas avoir, mais qui revenaient sans cesse? »

Screening pour abus d'alcool ou alcoolodépendance :

- « Y avait il une période dans votre vie où vous avez bu cinq verres d'alcool ou davantage par jour? »

Screening pour abus de médicaments :

- « Dans votre vie, avez vous pris plusieurs fois des médicaments – antidouleurs, stimulants, tranquillisants, somnifères – sans prescription médicale ou en augmentant la dose prescrite? »

Screening pour abus de drogues, ou dépendance aux drogues :

- « Dans votre vie, avez vous consommé plusieurs fois des substances comme haschisch, Ecstasy, cocaïne, héroïne ou autre? »

(traduit de S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2012)

Afin de donner un aperçu de la façon dont ces notions et techniques cognitivo-comportementales peuvent s'inscrire dans la prise en charge des patients, nous allons présenter des troubles psychiques fréquemment rencontrés en soins primaire selon les thèmes suivants : Épidémiologie - Définitions, critères diagnostiques - Instruments psychotechniques- Recommandation de Prise en charge selon les données factuelles - Modèles explicatifs cognitivo-comportementaux et neuropsychologiques - Modalités et Techniques d'une T.C.C. pour ce trouble - Suivi et prévention des récives - Collaboration MG-PSM

3.2.1. Troubles de l'humeur (Dysthymie, Dépression, Trouble Bipolaire)

La prévalence de l'ensemble des troubles de l'humeur en population générale est d'environ 25% (Brantley, Mehan, & Thomas, 2000). Ces troubles évoluent fréquemment sur un mode chronique, avec des rémissions et des rechutes/récidives plus ou moins espacées.

3.2.1.1. L'Episode Dépressif Majeur

Epidémiologie

Selon OMS (2003), l'EDM occupe la 3ème place de toutes les affections par ordre de fréquence. Selon Chan Chee, Beck, Sapinho et Guilbert (2005), le tableau clinique "état dépressif subsyndromique actuel" qui correspond à la vaste majorité des situations cliniques rencontrées en soins primaires, concerne 20% de la population ; 8% de la population ont vécu un EDM d'intensité modérée ou sévère dans leur vie (Chapelle, Monié, Poinso, Rusinek & Willard, 2011). Parmi les personnes ayant présenté un EDM dans les 12 derniers mois, 15% souffrent d'une dépression chronique.

Définitions et critères diagnostiques

L'EDM se définit par la présence, depuis au moins 2 semaines : d'une humeur triste pendant presque toute la journée, presque tous les jours, d'une perte d'intérêt marquée pour les activités ou centres d'intérêt qui habituellement caractérisaient la personne, d'une augmentation ou diminution de l'appétit et/ou du sommeil, des pensées de culpabilité, un sentiment de dévalorisation, d'une agitation ou d'un ralentissement psychomoteur

Les comorbidités sont très fréquentes : principalement les troubles anxieux et les troubles somatoformes, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, des troubles de l'adaptation.

L'EDM comporte donc des composantes émotionnelles, cognitive, comportementales et somatiques. :

Composante cognitive

Des pensées automatiques dysfonctionnelles centrées quasi exclusivement sur les aspects négatifs de soi, des autres et de l'environnement et une vision pessimiste du futur alimentée par une faible estime de soi ; Exagération des pensées de culpabilité ; Difficultés au niveau des stratégies de résolution de problèmes, Difficultés mnésiques, troubles de la concentration, Pensées ou projets suicidaires

Composante comportementale :

Diminution des comportements sexuels, Altération du fonctionnement professionnel et

familial, Difficulté à prendre des décisions, Tentatives de suicide, Isolement social

Composante somatique :

Ralentissement psychomoteur ou, au contraire, une agitation, Troubles du sommeil avec un réveil matinal très précoce, Diminution ou augmentation de l'appétit, perte d'énergie, Douleurs sans altérations tissulaires objectivables (céphalées, lombalgies, gastralgies), indigestions

Modèles explicatifs cognitivo-comportementaux de la dépression

La triade de Beck : Des études neuropsychologiques récentes démontrent des déficits cognitifs, notamment des déficits mnésiques au profil assez spécifique à la dépression (Harwood, Barker, Ownby, Mullan, & Duara, 2004), des perturbations du contrôle attentionnel notamment dans le domaine du traitement de l'information sociale (Gilboa-Schechtman, Erhard-Weiss, & Jeczemien, 2002) et une difficulté à désengager l'attention des aspects négatifs (Joorman, Hertel, Brozovich & Gotlib, 2005) et des ruminations mentales qui sont des pensées auto-centrées et auto-critiques coercitives dont le sujet ne parvient pas à s'extraire. L'hypothèse que Beck a formulé dans les années 1960 lors de son étude de patients dépressifs est ainsi confirmée, à savoir que leur difficulté à vivre était liée à des biais cognitifs, avec un mode de pensée restreint, empreint de préjugés négatifs et une vision de soi globalement négative. Cette vision négative engendre automatiquement des pensées et des sentiments pénibles qui entraînent à leur tour des comportements défavorables comme par exemple un retrait social, l'arrêt d'activités de loisir auparavant appréciées, le refus de participer à des activités familiales etc. Beck nommait cette constellation *la triade dépressive*.

L'impuissance apprise : La théorie de l'impuissance apprise, introduite par Seligman en 1975 et développée dans la suite par Teasdale, Abraham et autres, est basée sur le concept de l'apprentissage par conditionnement opérant (Skinner). La personne dépressive perdrait la capacité de faire le lien entre ses actions et les conséquences positives de celles-ci ; elle se croit impuissante à améliorer les choses (Kleftaras, 2004). Face à des événements de la vie, graves ou anodins, que la personne juge négatifs et vis-à-vis desquels elle se sent impuissante et sans pouvoir de contrôle, elle peut perdre l'espoir d'une amélioration, cesser ses efforts et adopter une attitude de passivité résignée ; en même temps, l'état de stress perçu augmente et l'organisme peut passer dans une phase d'épuisement par dépassement de ses capacités d'adaptation. Ce mécanisme peut contribuer à l'apparition d'un état dépressif.

Le rejet social : Les travaux de Rainville, Duncan, Price, Carrier et Bushnell (1997)

mettent en relief un réseau neuronal qui est activé dans les situations où le sujet se sent ignoré, rejeté ou délaissé par autrui. Ce réseau, qui implique le raphé médian et le cortex cingulaire antéro-dorsal, est également activé dans divers aspects de la douleur physique : l'aspect émotionnel de la douleur chronique, l'expérience vicariante de la douleur, c'est à dire être témoin de la douleur d'autrui, ainsi que dans la réflexion auto-centrée intense, ou rumination mentale, qui est fréquente dans les états dépressifs. D'après l'approche philogénétique de Panksepp (2003) et Eisenberger (2012), cette proximité fonctionnelle entre cognitions sociales, aspects affectifs de la douleur physique et états émotionnels serait conditionnée par la nécessité, au cours de l'évolution de l'espèce, d'éviter à tout prix l'isolement social de l'individu. Le système d'attachement social, indispensable pour la survie de l'être humain dès sa naissance, pourrait avoir emprunté les mêmes localisations cérébrales que le système de douleur physique afin de signaler toute menace d'abandon ou de rejet social et ainsi améliorer les chances de survie.

La douleur sociale peut être aussi péjorative pour l'individu que la douleur physique et l'activation de ce réseau est corrélée à une probabilité accrue de développer un épisode dépressif majeur. La perte d'un être cher fait doubler la probabilité de développer un état dépressif (Monroe, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 1999), l'expérience d'un rejet social multiplie ce risque par 22 (Kendler, Hettema, Butera, Gardner, & Prescott, 2003). Les personnes souffrant de douleurs médicalement inexplicables, de somatisations ou de fibromyalgie rapportent fréquemment des expériences précoces de douleur affective liée à un rejet social : des conflits familiaux, une maltraitance ou un abandon (Imbierowicz & Egler, 2003).

Le diagnostic de l'EDM en soins primaires

L'EDM sévère constitue une urgence réelle en raison du risque suicidaire. Le repérage initial de l'état dépressif est donc essentiel, suivi d'une recherche de diagnostic positif selon des critères internationaux. Si le patient est venu en consultation pour parler de sa dépression, le motif de consultation et le résultat de consultation sont identiques. Le MG peut alors lui-même procéder à l'étape diagnostique ou adresser le patient à un PSM pour une consultation d'évaluation. Mais en soins primaires, l'EDM n'est que rarement le motif de consultation, jusqu'à 50 % des personnes qui recevront un diagnostic de dépression peuvent nier leur dépression ou ne donnent pas l'impression d'être dépressifs, les MG passent ainsi à côté du diagnostic dans 2 cas sur 3 (Coyne, Schwenk, & Fechner-Bates, 1995). Si le patient est venu consulter pour un autre problème, somatique ou autre, sans évoquer spontanément sa

dépression récidivante, le motif de consultation est différent de ce que sera le résultat de consultation.

Afin de ne pas passer “à côté” d'une situation d'urgence potentielle, Kurlansik et Levine (cités dans DiTomasso et al., 2010) conseillent d'adopter une démarche de vigilance à priori qui consiste à être attentif, chez tous les patients, aux indicateurs verbaux et non-verbaux de la dépression:

- Indicateurs verbaux: « je n'ai plus d'énergie, je suis tout le temps épuisé, je n'arrive pas à dormir ou je dors la journée, je suis irritable, je m'énerve pour des petits riens, je n'arrive pas à me concentrer »
- Indicateurs comportementaux : ralentissement psycho-moteur, posture tassée sur lui-même, apathie, sourcils froncés, réactivité diminuée
- Indicateurs sociaux : diminution récente significative des performances professionnelles ou scolaire, abandon d'activités de loisirs, retrait social.

L'USPSTF (United States Preventive Services Task Force) (DiTomasso et al., 2010) recommande aux MG de poser systématiquement, pendant la consultation, 2 questions exploratoires:

- « Lors des 2 dernières semaines, vous êtes vous senti triste, sans espoir, déprimé? »
- « Avez vous eu pas, ou moins, d'intérêt pour les activités qui vous faisaient plaisir auparavant? »

Si la réponse est oui à l'une ou aux deux questions, une exploration spécifique du trouble de l'humeur s'impose. Pour cette étape diagnostique, le MG peut adresser son patient à un PSM, ou la réaliser lui-même. Cette investigation diagnostique nécessite une consultation dédiée, elle permettra au praticien de poser une hypothèse diagnostique argumentée (EDM isolé, présence d'une dysthymie ou d'une cyclothymie durable, Trouble de l'humeur bipolaire etc.) et d'évaluer les comorbidités qui sont fréquentes (troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, abus de substances etc.). La décision thérapeutique, c'est à dire prescrire une pharmacothérapie et/ou initier une psychothérapie, ne sera prise que lorsque l'hypothèse diagnostique argumentée est établie.

Instruments psychotechniques

Lors de l'entretien clinique, les principaux critères diagnostiques de l'EDM seront donc abordés systématiquement. L'utilisation d'un algorithme, comme l'algorithme 1 de la CIM, ou celui utilisé dans le MINI, permet de structurer cet entretien. L'emploi d'instruments psychotechniques validés permet de soutenir cette réflexion diagnostique et surtout d'évaluer

le degré de sévérité présent (ligne de base), donnée qui servira ultérieurement de point de comparaison afin d'évaluer l'efficacité du traitement. Les plus utilisés actuellement sont l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II), le Patient Health Questionnaire (PHQ, section troubles de l'humeur) et l'Échelle de Hamilton (HDRS). Le BDI a démontré une très bonne fiabilité et validité (Storch, Roberti & Roth, 2004), s'avère adapté aux soins primaires (Arnau, Meager, Norris, & Bramson, 2001) et permet d'évaluer le risque suicidaire. Le Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2000) permet d'évaluer également le trouble bipolaire.

Exploration des pensées suicidaires:

Pour explorer la présence de pensées ou gestes suicidaires, éviter des questions directes concernant la suicidalité, mais en présence d'éléments évoquant des pensées noires, amener le patient progressivement à aborder ce sujet (Kurlansik & Levine, in DiTomasso et al., 2010) : « Vous êtes vous dit que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, que ce serait mieux de ne pas vous réveiller le matin? » Si oui : « Avez-vous pensé au suicide? »

Si oui : « Avez vous réfléchi à comment faire pour vous suicider? »

Si oui : « Comment pensiez vous faire? Avez vous prévu de passer à l'acte? »

Évaluer obstacles et hésitations: « Qu'est-ce qui vous a retenu, ou empêché, de le faire? »

Renforcer ces obstacles: « Vous avez bien fait, vos proches auraient été dévastés ».

Le cas échéant, établir un plan de protection ou de sécurité immédiate pour lequel le patient donne son accord verbal.

Une fois le diagnostic posé, ce travail d'investigation réalisé en coopération avec le patient permet au médecin d'engager plus facilement la discussion et de fournir des informations essentielles pour améliorer la compréhension et le sentiment d'auto-efficacité du patient face à son trouble et, ainsi, de créer une motivation nécessaire à l'observance thérapeutique : qu'est-ce que la dépression, comment se manifeste-t-elle habituellement, comment est-ce qu'elle affecte le patient dans sa vie quotidienne ?

Cette première éducation thérapeutique facilite l'approche réaliste du trouble et permet d'en normaliser les symptômes. Le patient se sent habituellement coupable de ses symptômes et ce type d'entretien a des effets thérapeutiques importants :

- une distanciation momentanée par rapport aux symptômes,
- la possibilité d'inscrire certains aspects de la souffrance dans le tableau d'une pathologie connue, qui concerne de nombreuses autres personnes et pour laquelle des solutions

thérapeutiques efficaces peuvent être proposées,

- une compréhension du déroulement et des objectifs du traitement.

Recommandations de Prise en charge :

L'association pharmacothérapie et psychothérapie T.C.C.: dans l'EDM d'intensité faible à modérée, la thérapie cognitive est plus efficace que thérapie comportementale seule ou la pharmacothérapie seule (Chapelle et al., 2011). Des études comme celle de Bockting et al. (2005) montrent qu'après une rémission d'EDM, la thérapie cognitive est plus efficace que le maintien des antidépresseurs.

Thérapie Cognitivo-Comportementale de la dépression :

La prise en charge psychothérapeutique cognitivo-comportementale comporte deux phases :

- **La première phase**, de 4 à 12 semaines, vise une rémission avec disparition des symptômes cliniques pour retrouver une qualité de vie correcte. Elle comprend deux approches :

Une approche cognitive :

- La psychoéducation permet au patient de comprendre les symptômes dont il souffre et les mécanismes de la dépression, afin d'améliorer la motivation thérapeutique

- L'exploration précise des symptômes dépressifs permet de déterminer quels domaines de la vie du patient sont les plus impactés par les symptômes dépressifs; ils seront choisis comme cibles thérapeutiques prioritaires

- L'analyse fonctionnelle permet d'identifier les liens entre pensées dysfonctionnelles caractéristiques de la dépression, affects dépressifs et symptômes somatiques, et les comportements liés à l'état dépressif.

- Un début de restructuration cognitive vise à apprendre au patient de repérer et de commencer à remettre en question les pensées dysfonctionnelles de la triade dépressive de Beck.

Une approche comportementale :

L'activation comportementale vise à rétablir très rapidement des activités agréables et constructives régulières, individuellement adaptées aux possibilités et besoins du patient : loisirs, préparation des repas, participation aux activités familiales et sociales, activités physiques et sport. L'apprentissage d'une technique de relaxation permet d'améliorer les symptômes anxieux fréquemment associés à l'EDM.

• **La seconde phase**, ou phase d'entretien, a une durée d'au moins 6 mois ; elle vise la prévention des récives et rechutes. Elle abordera les aspects plus durables et rigides de la personnalité : les troubles de la personnalité, les schémas dysfonctionnels précoces, ou des psychotrauma de type 2. L'objectif de cette phase du traitement est d'aider le patient à améliorer ses stratégies de coping, à assouplir des schémas de pensée trop rigides afin qu'il apprenne à réagir de façon plus adaptée aux événements et à mieux gérer les fluctuations inévitables de l'humeur au cours de sa vie quotidienne.

Un suivi à long terme, avec des rendez-vous programmés espacés permet la surveillance de l'évolution du trouble.

3.2.1.2. Le Trouble bipolaire

La prévalence du trouble bipolaire (anciennement nommée psychose maniaco-dépressive) est d'environ 1% (Rebhandl & Kunnamo, 2007). C'est une maladie chronique dont le diagnostic est difficile à poser et dont les conséquences psycho-sociales sont importantes. Elle se caractérise par l'alternance cyclique plus ou moins rapide de phases maniaques ou hypomaniaques qui sont des périodes d'exaltation et d'excitation, et de périodes dépressives avec un abattement, une tristesse, un ralentissement psycho-moteur. Ce dérèglement de l'humeur peut s'accompagner de symptômes délirants.

Parmi les **instruments d'évaluation**, le Mood Disorder Questionnaire et l'entretien diagnostic structuré MINI.

Le trouble cyclothymique constitue une forme adoucie du trouble bipolaire, sans composante délirante et avec des oscillations moins prononcées sur le plan de l'humeur.

Recommandations de prise en charge : Le traitement du trouble bipolaire comporte idéalement une pharmacothérapie par stabilisateur d'humeur de longue durée: sels de lithium ou Dépakine®, associé à une psychothérapie dont l'objectif est double :

- aider la personne à identifier, à anticiper et à gérer ses symptômes au quotidien et ainsi de diminuer les effets invalidants de la maladie ;
- améliorer l'adhésion au traitement médicamenteux dans la durée.

TCC dans le trouble bipolaire : La psychothérapie cognitivo-comportementale est axée sur la psychoéducation, l'identification et la gestion des prodromes et un monitoring des symptômes, et l'apprentissage de techniques de gestion du stress.

Un exemple d'une approche TCC très structurée est le programme mis au point par Basco et Ruch (2008), qui comporte une vingtaine de séances réparties sur une année :

Il comporte une psycho-éducation approfondie, l'apprentissage de techniques de gestion cognitive et comportementale des phases de "haut" et de "bas", ainsi qu'une sensibilisation aux risques psycho-sociaux liés à la maladie.

3.2.2. Les Troubles anxieux

Epidémiologie : Leur forte prévalence fait des troubles anxieux les psychopathologies les plus fréquentes, surpassant même les troubles de l'humeur (Kessler, 1994). En France, environ 15% de la population développent un trouble anxieux dans l'année, avec une importante prédominance féminine.

Définitions et critères diagnostiques

Les manifestations cliniques de l'anxiété sont extrêmement variées et la rubrique Troubles anxieux du DSM IV TR décrit 12 syndromes anxieux dont la plupart comportent des sous-catégories spécifiques ; leurs facteurs communs sont des symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux liés à une peur ou une anxiété excessive et dysfonctionnelle.

Les symptômes ont un caractère plutôt non-spécifique : La personne se sent sous tension, a du mal à se détendre ; elle se sent rapidement fatiguée, éprouve des difficultés de concentration. Elle est irritable, se fait du souci et présente souvent des ruminations mentales. Elle décrit des tensions musculaires et des perturbations du sommeil, ainsi que des symptômes physiologiques liés au stress. La personne a tendance à éviter les situations, activités, pensées ou émotions qui déclenchent une réaction anxieuse.

À long terme, l'anxiété est associée à de nombreux troubles psychiques, notamment la dépression, ainsi que physiologiques et sociaux. Elle favorise l'apparition ou l'aggravation des troubles gastro-intestinaux, de la HTA, de l'asthme, des accidents cardio-vasculaires et des perturbations du système immunitaire (Carske, Barlow & O'Leary, 1992).

En médecine générale, 75% à 90% des patients anxieux consultent initialement pour un symptôme physique ; la plupart de ces plaintes concernent un ou plusieurs symptômes de douleurs faisant penser à un problème cardiaque, gastro-intestinal ou neurologique (Rubens, 1997 ; Warneke, 1996).

Malgré leur forte prévalence, les troubles anxieux ne constituent donc rarement le motif de consultation. La distinction entre une anxiété normale et pathologique est souvent difficile

à réaliser ; le critère essentiel est l'impact sur les activités quotidiennes du patient.

Les questions de dépistage suivantes permettent la recherche rapide des cognitions typiques de l'anxiété chronique lors de l'entretien clinique afin ne pas passer "à côté":

- Est-ce que vous diriez que vous êtes quelqu'un qui se fait beaucoup de soucis?
- Est-ce que vous vous attendez souvent au pire?
- Est-ce que vos soucis vous accompagnent quand vous vous couchez le soir?
- Quelles sont les thématiques les plus fréquentes de vos inquiétudes?

Afin d'évaluer rapidement ses facultés d'adaptation, il convient de demander au patient comment il gère le stress.

Si le patient répond oui à plusieurs questions et s'il dit gérer difficilement son stress, une évaluation approfondie des troubles anxieux est nécessaire.

Une première évaluation des différents troubles anxieux et de leurs comorbidités nécessite au moins une heure.

Instruments psychotechniques explorant différents aspects anxieux :

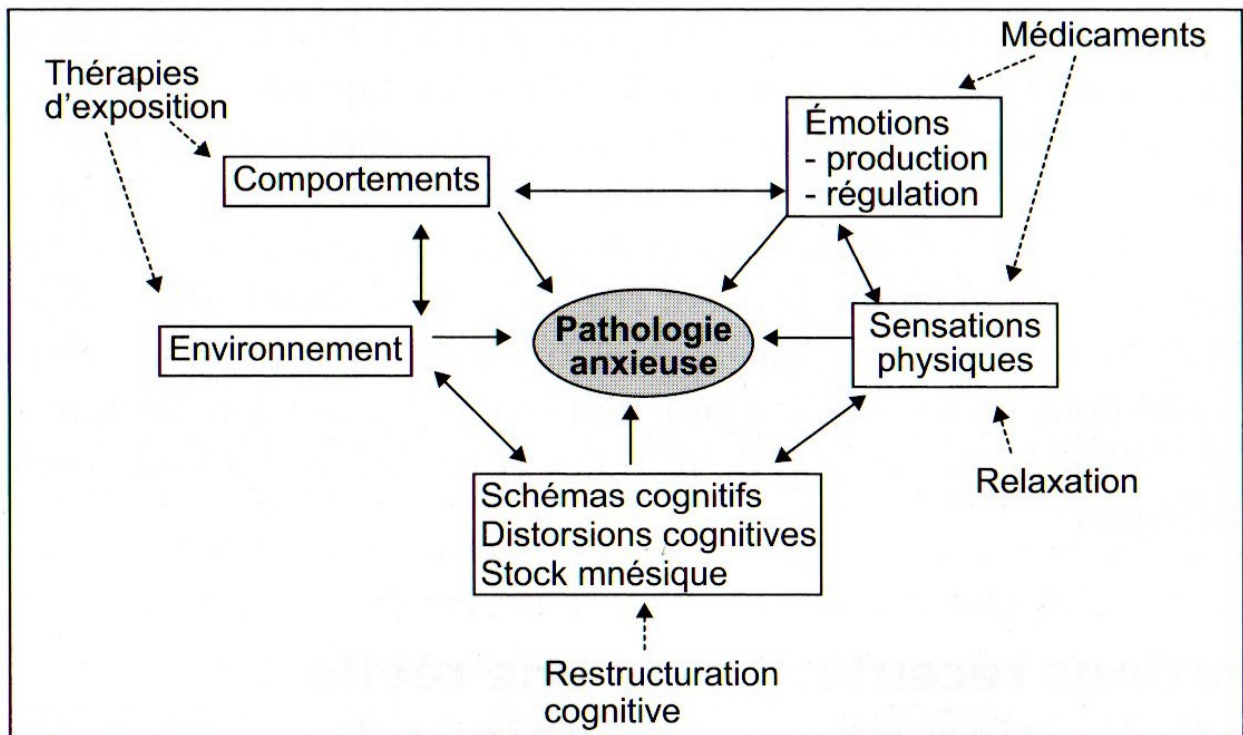
- Le Questionnaire des Peurs (Fear Questionnaire) de Marks évalue trois domaines : la phobie sociale, les phobies spécifiques et l'agoraphobie;
- La Hamilton Anxiety Rating Scale explore les cognitions anxieuses, les ressentis physiologiques et l'humeur anxieuse ;
- L'Échelle de Covi permet une évaluation rapide de la sévérité des symptômes anxieux;
- L'Échelle Anxiété Trait/Anxiété État de Spielberger permet de distinguer les symptômes liés à un état anxieux actuel passager et les symptômes durables d'une anxiété chronique.

Recommandations de traitement des troubles anxieux :

En première intention, une psychothérapie cognitivo-comportementale associée ou non à une pharmacothérapie par Antidépresseur ISRS, la pratique régulière de techniques de relaxation et une hygiène de vie adaptée, avec une limitation d'excitants, un rythme de vie régulier et une activité physique suffisante (HAS, 2007). La thérapie psychodynamique est recommandée en cas d'échec de la TCC (Bandelow, Wiltink, Alpers et al., 2014).

Figure 4 : Mécanismes contribuant à la pathologie anxieuse et stratégies thérapeutiques.

(Source : Pelissolo et Montefiore, cités dans Cottraux, 2009)



Le modèle cognitif de l'anxiété

Dans les troubles anxieux le schéma cognitif centré sur des notions de danger, de menace, et de besoin de contrôle est sur-activé. Le schéma de danger va favoriser chez le patient la perception de stimuli potentiellement dangereux et créer des biais cognitifs qui vont altérer le traitement de l'information comme la surestimation du danger, la surestimation des conséquences de ce danger et la sous-estimation de ses propres capacités à y faire face.

Pour différencier peur et anxiété, Clark et Beck (2010) proposent le concept suivant : la peur est une réaction d'alarme physiologique primitive dans une situation donnée, impliquant l'évaluation, par la personne, que la situation représente une menace ou un danger imminent,

alors que l'anxiété est un système de réponses cognitives, émotionnelles, physiologiques et comportementales qui est activé quand la personne anticipe des événements futurs qu'elle perçoit comme négatifs car ils semblent incontrôlables, imprévisibles et capables de menacer ses intérêts vitaux.

Eysenck (1992) propose un modèle des troubles anxieux en 4 facteurs. La personne anxieuse présente des biais cognitifs qui affectent le traitement d'informations potentiellement menaçantes provenant de quatre sources:

- les souvenirs stockés en mémoire à long terme.
- les stimuli externes. Par comparaison avec les personnes non-anxieuses, la personne anxieuse interprète plus facilement des stimuli neutres ou ambigus comme étant menaçants ou dangereux. Elle perçoit plus facilement le danger et sur-interprète l'importance de stimuli menaçants légers dont elle dramatise les conséquences négatives.
- les stimuli internes proprioceptifs,
- les comportements (Ceschi, Zermatten & Van der Linden, 2008).

La psychothérapie cognitive de l'anxiété repose essentiellement sur le concept des schémas cognitifs.

3.2.2.1. Attaque de panique (AP), Trouble panique avec ou sans Agoraphobie (TP/A)

La prévalence estimée des attaques de panique est de 15 %, celle du trouble panique, entre 4 et 5%, avec un sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme (Rebhandl & Kunnamo, 2007). Attaques de panique et troubles paniques évoluent généralement sur un mode chronique, avec un début à l'adolescence ou au jeune âge adulte. 25% des patients adultes souffrant d'attaques de panique ont présenté une anxiété scolaire ou une phobie scolaire pendant l'enfance et l'adolescence.

Il s'agit de symptômes physiques du stress aigu apparaissant brutalement et atteignant leur degré maximal, ou acmé, en moins de 10 minutes. Ils peuvent réveiller le patient s'ils surviennent pendant le sommeil. Ces symptômes concernent différents systèmes organiques ce qui peut faire penser à une atteinte physiologique :

- Tropicisme cardio-vasculaire : sensation de constriction thoracique, palpitations, tachycardie, douleurs intercostales.
- Tropicisme respiratoire : sensation de souffle court, d'étouffement, de manquer d'air.
- Tropicisme neurologique : sensation de vertige, de tête vide, impression qu'on va

s'évanouir, de vision floue, de paresthésies comme picotements ou engourdissement, sensation de chaud ou de froid, transpiration, horripilation, acouphènes ou tinnitus

- Tropisme musculaire : tensions ou secousses musculaires
- Tropisme digestif : nausée, diarrhée, gêne abdominale

Les symptômes s'accompagnent pour le patient d'une sensation d'urgence extrême, avec souvent un sentiment de déréalisation (l'impression que l'environnement est devenu étrange, qu'on ne le perçoit pas comme d'habitude) ou de dépersonnalisation (l'impression d'être détaché de soi) ainsi que d'une peur de mourir, de devenir fou, ou de perdre le contrôle de ses actes.

L'attaque de panique dure habituellement entre 15 et 30 minutes avec une diminution progressive des symptômes, mais le patient peut être anxieux et se sentir épuisé pendant plusieurs heures, d'autant plus qu'il croit que ses symptômes sont la manifestation d'une maladie grave. La forte composante somatique des AP et l'anxiété qu'elle provoquent incitent une forte proportion des patients à consulter un médecin généraliste ou un service d'urgences. Les origines de l'AP sont cérébrales et non périphériques malgré les manifestations somatiques, en lien avec une hyperactivité noradrénergique et une hyperactivation anormale de l'hypothalamus et du noyau du tractus solitaire responsable de l'activation orthosympathique et donc des troubles somatiques.

Les attaques de panique ne comportent aucun caractère de gravité organique ou neurologique mais sont très pénibles et déstabilisantes pour le patient et une anxiété d'anticipation s'installe fréquemment : le patient redoute une nouvelle crise, il y pense involontairement et développe une hypervigilance par rapport aux sensations intéroceptives liés à l'attaque de panique. Des comportements d'évitement peuvent s'installer, caractérisant le trouble panique, plus durable dans le temps.

La première attaque de panique survient généralement de façon inattendue, sans déclencheur identifiable, souvent dans un contexte de surmenage ou de stress passager (recrudescence des A.P. p.e. chez les adolescents en période pré-examen ou chez l'adulte lors d'un changement dans la situation professionnelle).

On distingue les A.P. inattendues, où le sujet n'associe pas la survenue des symptômes à un élément déclencheur, et les A.P. induites, qui surviennent presque systématiquement quand le sujet est exposé à, ou anticipe mentalement, la situation redoutée.

Les A.P. induites par une situation particulière surviennent dans les situations de performance ou d'exposition sociale chez le phobique social, dans les situations de confrontation à la situation ou à l'objet anxiogène chez le patient avec phobie spécifique, dans des situations déclenchant des soucis excessifs chez le patient avec un Trouble anxieux généralisé, ou lors de la confrontation avec un stimulus rappelant la scène traumatique, chez un sujet souffrant de PTSD.

Des pathologies somatiques qui favorisent l'apparition d'attaques de panique sont : l'hyperthyroïdie et l'hyperparathyroïdie, les crises convulsives, l'arythmie cardiaque (DSM IV TR, 2004). Des examens de laboratoire ou physiques peuvent permettre d'exclure ces étiologies, ainsi qu'une étiologie liée à des stimulants du Système Nerveux Central — caféine, amphétamines, cocaïne — , au cannabis ou au sevrage d'un dépresseur du SNC — alcool, barbituriques.

Dans le cas particulier des attaques de panique qui surviennent essentiellement en situation de conduite automobile, un trouble visuel et notamment l'astigmatisme non ou mal corrigé, peut être à l'origine des attaques et doit être recherché.

L'identification du TP/A est donc compliquée en raison de l'important chevauchement entre les symptômes des A.P. et ceux de diverses maladies physiques. Lorsque les symptômes du patient suggèrent la présence d'AP ou d'un TP/A, la première étape de l'évaluation consiste à déterminer la présence d'une AP. En plus de l'identification des symptômes somatiques et cognitifs, demander simplement au patient s'il a fait l'expérience d'AP est un moyen efficace et rapide d'identifier ce trouble (Löwe et al., 2003).

Après avoir posé un diagnostic provisoire d'AP, le médecin peut en expliquer le mécanisme à son patient, lui préciser qu'il s'agit d'une exacerbation d'une réaction nerveuse normale face à une situation anxiogène, favorisée par des facteurs de prédisposition comme une sensibilité physiologique à l'anxiété, l'expérience d'événements stressants ou une certaine façon de penser et d'interpréter des sensations physiques de manière catastrophique. Ces facteurs combinés peuvent conduire à l'abaissement passager de la tolérance vis-à-vis des symptômes anxieux et déclencher les AP et leur récurrence (Marchand & Letarte, 2004). Une telle psycho-éducation permet d'éviter les réponses "c'est psychologique", "c'est dans la tête" ou "ce n'est rien de grave" qui donnent au patient l'impression de n'avoir pas été compris, en raison justement de la pénibilité des symptômes. Le médecin peut ensuite discuter avec son patient les différentes options de traitement, qui sont la psychothérapie, la pharmacothérapie

par ISRS ou une combinaison des deux.

La T.C.C. en première intention s'avère la plus efficace dans le traitement des AP (Craske & Barlow, 2005; Mitte, 2001). Elle nécessite environ de 12 à 18 séances et comporte essentiellement une psycho-éducation centrée sur la dédramatisation des symptômes de l'AP et de leurs conséquences – modification du discours intérieur, apprendre à faire face à la panique –, une exposition graduelle visant à aider le patient à s'habituer aux stimuli situationnels et intéroceptifs anxiogènes afin de mieux les gérer et de techniques complémentaires comme la rééducation respiratoire, l'apprentissage de techniques de relaxation, le soutien de l'entourage.

La peur des sensations corporelles intéroceptives peut être abordée par des exercices spécifiques (Emery, 2002) où le patient apprend, pendant la consultation, à provoquer lui-même certaines sensation intéroceptives caractéristiques de l'attaque de panique. Cela permet au patient de les dédramatiser et de s'apercevoir que rien de grave n'arrive suite à ces sensations et de développer un sentiment de maîtrise ou d'auto-efficacité à leur rencontre.

À titre d'exemple, pour provoquer l'accélération cardiaque, demander au patient de faire 10 flexions de genoux ou de monter et descendre un escalier. Pour provoquer la sensation de constriction respiratoire, demander au patient d'inspirer et d'expirer d'abord à travers trois pailles, puis deux, puis une seule. Pour provoquer une sensation de vertige, tourner sur soi-même, debout ou sur un siège pivotant, ou plier le buste en avant et se redresser rapidement.

3.2.2.2. Trouble panique avec ou sans Agoraphobie

Le trouble panique consiste en une répétition d'attaques de panique qui surviennent de façon inattendue, parfois pendant le sommeil ; le patient est préoccupé par rapport à leurs conséquences (avoir une crise cardiaque, devenir fou, s'exposer au regard critique d'autrui en cas d'attaque de panique), il redoute leur réapparition et met en place des stratégies comportementales afin d'éviter des situations où une attaque de panique pourrait se produire.

L'agoraphobie se caractérise par une crainte irrationnelle du patient de se retrouver dans des situations où il pourrait être difficile, ou gênant, de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas d'attaque de panique. Le plus souvent, il s'agit d'une peur de se retrouver en dehors de son domicile, dans une foule ou un lieu désert, ou dans un lieu clos. La personne agoraphobe

mettra en place des évitements dont certains sont facilement repérables : éviter les grandes surfaces ou les salles de cinéma, ne pas emprunter les transports publics, éviter les centres ville; alors que d'autres sont plus subtils : se faire systématiquement accompagner par une personne de confiance, avoir toujours un portable ou un objet contre-phobique sur soi. La bouteille d'eau qu'on fait suivre partout peut être un tel objet contre-phobique !

Instruments psychotechniques :

Les questionnaires de Chambless (Bouvard & Cottraux, 2010) explorent plusieurs dimensions comportementales, cognitives et intéroceptives de l'agoraphobie :

- L'inventaire de mobilité évalue les domaines de la vie quotidienne touchés par les évitements et le périmètre des déplacements que le patient peut effectuer, seul ou accompagné.

- Le Questionnaire de cognitions agoraphobiques qui explore les pensées irrationnelles qui contribuent à maintenir le trouble.

- Le Questionnaire de sensations corporelles qui évalue la peur du patient de ressentir certaines sensations intéroceptives liées à l'attaque de panique, comme le vertige, l'accélération du rythme cardiaque, l'impression de manquer de souffle.

Récommandations de traitement du trouble panique avec/sans agoraphobie :

La TCC s'avère plus efficace qu'un traitement placebo ou l'absence de traitement et se montre supérieure ou équivalente à la pharmacothérapie (Craske & Barlow, 2001). Suite à une TCC, 80% à 95% des individus présentent une amélioration cliniquement significative et parviennent à un niveau de fonctionnement adéquat (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999), avec une attrition thérapeutique réduite (Mitte, 2005), pour un coût réduit (Otto, Smits & Reese, 2004), sans effets secondaires indésirables et avec une stabilité des résultats thérapeutiques sur le long terme.

Dans les attaques de panique, en cours de thérapie ou si une psychothérapie n'est pas possible, la prise ponctuelle d'une benzodiazépine lors de la crise peut être utile (HAS, 2010).

Dans le trouble panique, un traitement anti-dépresseur ISRS de durée limitée (3 – 6 mois) peut être prescrit pour accompagner la psychothérapie (HAS, 2010) : Deroxat® (Paroxétine®) 20-40 mg/j, Seropram® (Citalopram®) 20-30 mg/j, Seroplex® (Escitalopram®) 10-20 mg/j.

T.C.C. des attaques de panique, du trouble panique et de l'agoraphobie:

L'objectif de la TCC pour le TP/A est de permettre au patient de désapprendre l'association entre la peur et les sensations physiques de l'anxiété (Gould, Otto & Pollack, 1995). Les techniques employées comprennent l'éducation thérapeutique concernant les mécanismes physiologiques de l'attaque de panique, la thérapie cognitive, l'exposition programmée, la relaxation et les réunions de groupe de patients (Rebhandl & Kunnamo, 2007).

La psycho-éducation joue un rôle essentiel : elle permet de rassurer le patient quant au caractère bénin des symptômes physiques et permet d'obtenir son adhésion thérapeutique. Elle est destinée à informer en termes simples et clairs sur les mécanismes physiologiques cardiaque et respiratoire, à expliquer le mécanisme de l'apparition des symptômes physiologiques de l'attaque de panique, et à mettre en évidence le rôle de l'hyperventilation, de la saturation sanguine en oxygène et des pensées catastrophiques dans leur aggravation

Les diagrammes suivants sont régulièrement utilisés en psycho-éducation du trouble panique, elles montrent le rôle des cognitions dysfonctionnelles dans l'aggravation de la réponse anxieuse, et la diminution progressive de cette réponse anxieuse lors des séances d'exposition avec prévention de la réponse d'évitement.

Figure 5 : Rôle des pensées catastrophiques dans l'aggravation de l'anxiété (Source : Olivier,Fr., D.U. de TCC, Toulouse 2012)

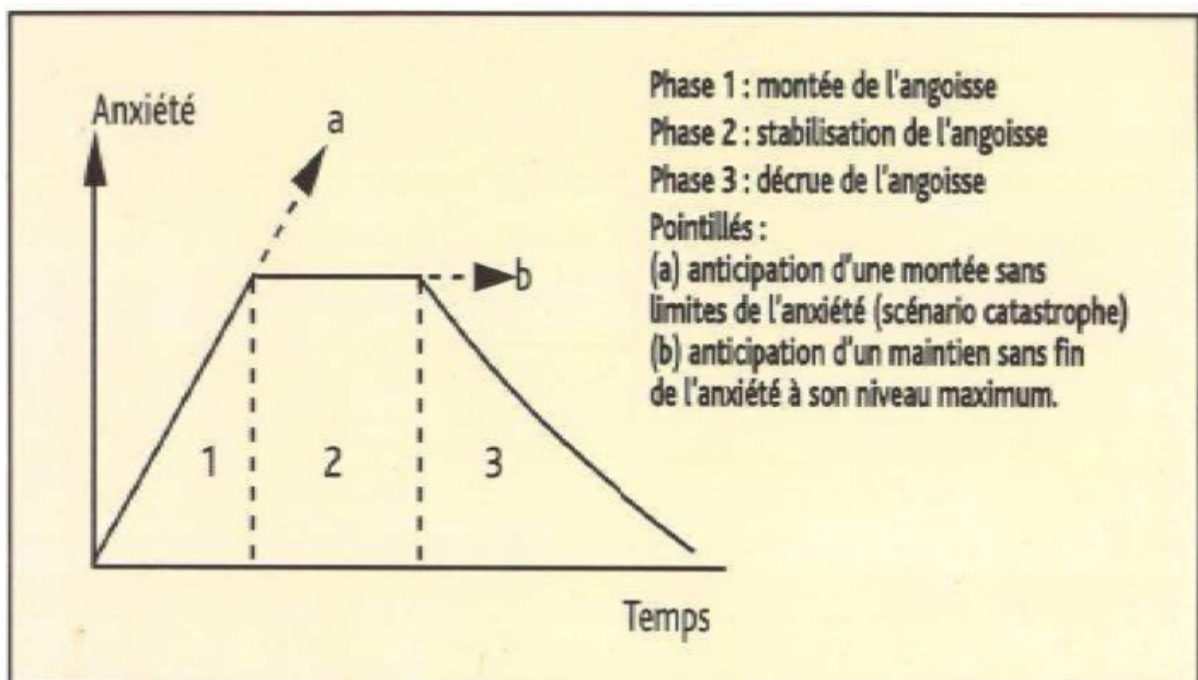
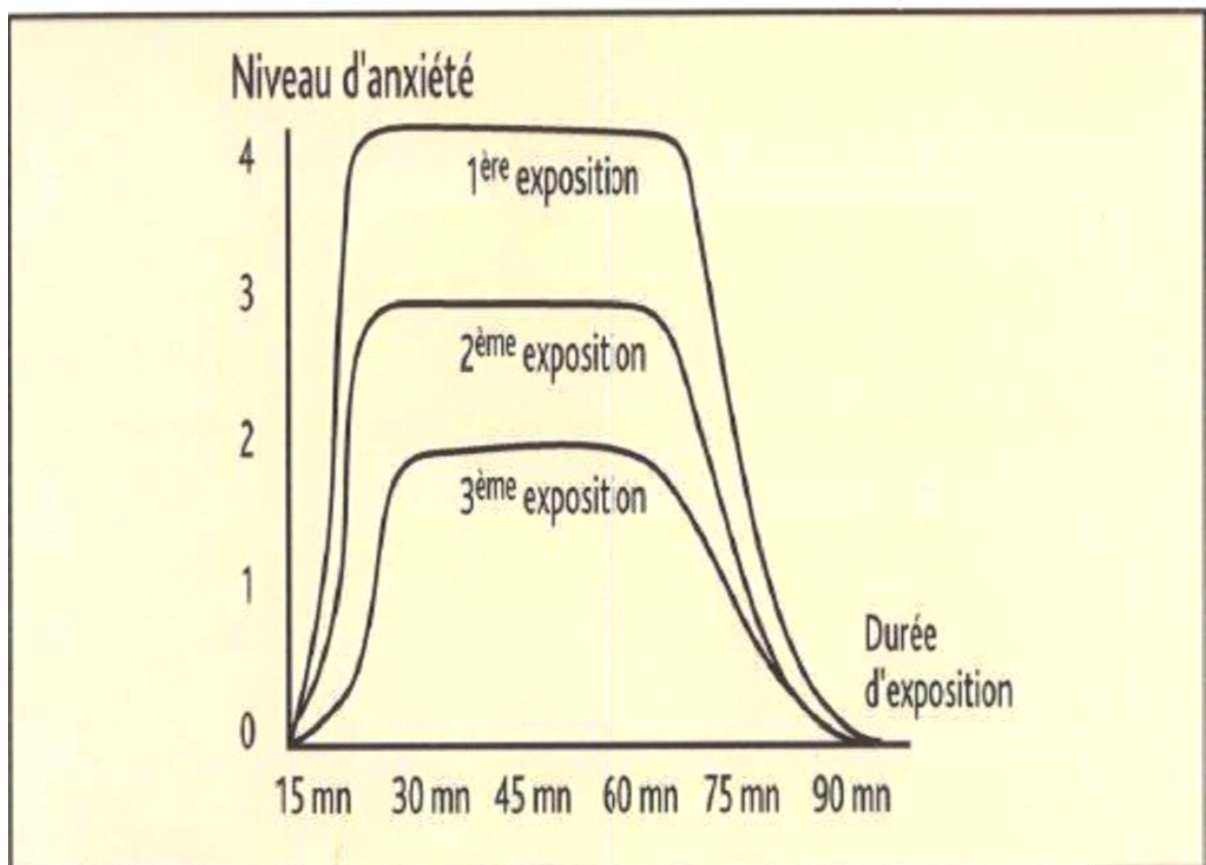


Figure 6 : Effet de l'habituation dans le Trouble panique avec agoraphobie et dans d'autres troubles phobiques (Source : Olivier, F. ; D.U. de TCC, Toulouse 2012)

Evolution de l'anxiété après plusieurs séances



La thérapie comportementale comprend l'apprentissage de techniques de relaxation et des exercices d'exposition et de désensibilisation par rapport aux stimuli intéroceptifs et une exposition programmée aux situations évitées. La technique qui consiste à réabsorber une

partie de l'air expiré, en respirant dans un sachet ou simplement dans ses mains tenues devant la bouche, permet d'augmenter rapidement la saturation sanguine en CO₂ et diminue les symptômes physiologiques du stress.

L'approche cognitive est basée sur l'auto-observation et sur la modification des pensées catastrophiques déclenchées par les symptômes physiologiques de l'anxiété (la "peur de la peur"). L'association entre la peur et les symptômes de l'anxiété semble en effet un facteur de risque essentiel aussi bien dans le déclenchement d'un trouble panique que dans les récurrences (MacNally, 2002).

On propose au patient d'observer ses sensations, d'identifier ses appréhensions et de relativiser l'interprétation catastrophique qu'il fait des signaux corporels : s'il est vrai qu'une attaque de panique est très pénible, elle ne préfigure ni l'infarctus ni la mort. Entre les séances, le patient repère et note les pensées automatiques anxiogènes présentes pendant l'attaque de panique, par exemple "mon coeur accélère, j'ai la poitrine serrée, je suis en train de faire une crise cardiaque". Ces pensées seront discutées en séance afin de permettre au patient de les relativiser et de développer des pensées alternatives plus réalistes : "J'ai vécu ces sensations pénibles par le passé et rien de catastrophique n'est arrivé." "Même si ces sensations sont pénibles, elles ne sont pas dangereuses et je peux utiliser les techniques de contrôle respiratoire pour en diminuer l'intensité." "J'ai déjà vérifié par le passé que la crise va progressivement diminuer au bout de 20 minutes environ."

3.2.2.3. Trouble anxieux généralisé

Epidémiologie

Le TAG aurait une prévalence de 4 - 5% en population générale (Rebhandl & Kunnamo, 2007). Il concerne 1 homme pour 2 femmes et tous les âges ; sa prévalence diminue à partir de 65 ans. Il se caractérise par des soucis, des inquiétudes excessives et de l'anxiété, plus d'un jour sur deux durant une durée d'au moins six mois.

Définitions et critères diagnostiques

Ces inquiétudes portent sur plusieurs événements ou activités dans la vie du patient (bien-être des membres de la famille, logement, finance, performance scolaire...) et ne concernent pas qu'une seule thématique

Le patient éprouve des difficultés à contrôler ses inquiétudes, il est dans l'incapacité de les chasser et de se changer les idées. Le patient a tendance à demander "... et si?" et a visiblement du mal à accepter les paroles destinées à le rassurer.

Les soucis s'accompagnent de 3 ou plus des 6 symptômes suivants :

- Agitation, sensation d'être survolté, ou alors fatigabilité et sensation d'être à bout
- Difficultés de concentration, trous de mémoire
- Tensions musculaires
- Troubles du sommeil
- Troubles fonctionnels de différents systèmes organiques : sensation de perte d'équilibre, céphalées, nausées, diarrhée, difficulté de déglutition, urgence mictionnelle...

Ces symptômes peuvent atteindre l'intensité d'une attaque de panique. C'est un trouble anxieux courant mais souvent méconnu, les patients consultent après des années de souffrance car ils se disent qu'il n'y a rien à faire, que c'est leur personnalité qui est en cause. Le MG est en première ligne de la prise en charge car le TAG s'accompagne de nombreux symptômes somatiques ; les situations cliniques qui peuvent alerter sont par exemple : des plaintes somatiques multiples et/ou récurrentes non ou incomplètement expliqués par une maladie organique, des demandes d'examens répétées qui ne rassurent pas totalement le patient ou des demandes répétées de traitements ou de prescriptions non adaptés mais qu'on ne parvient pas à modifier.

Pour différencier les soucis dans un TAG, des soucis normaux, le critère essentiel est leur impact sur le fonctionnement quotidien du patient (social, professionnel ou autre) et la présence d'une souffrance clinique significative.

Tableau 9 : Différences entre soucis normaux et souci TAG.

Soucis normaux	Anxiété pathologique
Les symptômes somatiques et/ou psychiques ne sont pas constants	Les symptômes somatiques et psychiques sont constants et durables
L'entourage comprend, car la situation pourrait inquiéter d'autres personnes	L'entourage trouve que la personne s'inquiète trop
La personne arrive à penser à autre chose	Les soucis sont incontrôlables, ils reviennent sans cesse en tête
L'anxiété peut stimuler pour trouver des solutions et les mettre en pratique	L'anxiété diminue la capacité à trouver des solutions, l'énergie et la créativité sont "brûlées" par les ruminations, l'anxiété fait un travail de sape et d'usure

La complexité des mécanismes qui génèrent et maintiennent l'anxiété généralisée font

que le conseil bienveillant “mais ne vous inquiétez pas” peut à son tour augmenter le cercle vicieux de l'inquiétude, la personne se rendant compte qu'elle ne maîtrise plus le processus anxieux et s'inquiétant de ce fait!

Instruments psychotechniques :

- Échelle d'Anxiété de Hamilton
- Questionnaire sur les Inquiétudes (Penn State)
- Questionnaire « Pourquoi s'inquiéter ? » (Bouvard & Cottraux, 2010).

Selon le modèle bio-psycho-social, il n'existe pas de cause unitaire, mais une interaction de différents facteurs de risque :

- Les facteurs biologiques sont d'ordre génétique et neuro-physiologique.

L'Anxiété-Trait représente une disposition de base de la personnalité à déterminisme génétique, par opposition à l'anxiété-état qui est une réponse émotionnelle transitoire à une situation spécifique.

Le système des neurotransmetteurs présente des altérations caractéristiques chez les personnes souffrant d'un TAG.

- Les facteurs affectifs sont influencés principalement par des expériences de vie précoces négatifs, et un style d'attachement désorganisé.
- Les facteurs éducatifs, événements de vie et modes d'apprentissage

Les comorbidités sont fréquentes :

- La dépression constitue la complication ou la comorbidité la plus fréquente
- Les Attaques de panique, trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Les Phobies spécifiques, phobie sociale
- L'Hypochondrie, inquiétudes excessives par rapport à la santé
- L'Hyperactivité

Recommandations de prise en charge

Selon l'ANAES (2001), les psychothérapies structurées et notamment les T.C.C. sont plus efficaces que le traitement par benzodiazépines et sont à privilégier, avec une efficacité immédiate égale et une efficacité à moyen terme supérieure, avec 46% de réponse thérapeutique positive et une amélioration significative des comorbidités anxieuses et dépressives maintenues à 6 mois post-traitement (Hunot et al., 2007), contre 14% pour la psychothérapie non-spécifique. Le soutien social et l'implication de l'entourage familial dans le traitement sont indispensables. Les conseils d'hygiène de vie doivent inclure la régularité de

l'exercice physique et la limitation de la consommation des stimulants (café, alcool, tabac).

Conceptualisation cognitivo-comportementale du TAG

Les aspects cognitifs du TAG sont caractérisés par un traitement erroné de l'information : inquiétudes irréalistes, une surestimation des aspects négatifs des situations, la surestimation de l'utilité de l'inquiétude, un évitement cognitif des thématiques qui font peur, une intolérance à l'incertitude.

Des ruminations mentales anxieuses centrées sur des thématiques et situations quotidiennes peuvent venir alimenter le mécanisme cognitif sous forme d'interrogations, d'auto-verbalisations négatives et d'images mentales anxiogènes.

Ces phénomènes cognitifs créent un état d'alerte neuro-physiologique et provoquent ainsi la symptomatologie du stress avec ses différents tropismes : cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, neurologique etc... Le patient interprète ces phénomènes comme signes d'une maladie somatique potentiellement grave et cette évaluation mentale anxieuse est à l'origine d'inquiétudes secondaires, alimentant ainsi le cercle vicieux de l'anxiété.

Les aspects comportementaux comprennent une inaction, ou une difficulté à prendre des décisions et à passer à l'action, basées sur un manque réel ou ressenti de capacités de résolution de problèmes et qui peut jouer un rôle dans le maintien des inquiétudes.

La T.C.C. du Trouble Anxieux Généralisé

La durée du traitement du TAG est d'au moins 6 mois, avec une réévaluation 1 à 2 semaines après le début du traitement, puis toutes les 6 semaines. La prise en charge concerne les aspects cognitifs et comportementaux du trouble. Elle comprend :

- une psychoéducation approfondie concernant les mécanismes anxieux impliqués dans le TAG. L'objectif de la psychoéducation est double : donner une information claire sur les facteurs qui peuvent aggraver la vulnérabilité à l'anxiété au quotidien et des conseils concernant l'hygiène de vie visant à diminuer l'hyperexcitabilité du système nerveux — diminuer ou arrêter les stimulants, s'accorder du temps de repos en journée, prendre du temps pour les repas, diminuer les sources de stress si possible, prendre soin de son sommeil car il existe une vulnérabilité accrue de l'anxieux face au manque de sommeil, pratiquer une activité physique régulière — et aider le patient à comprendre comment le mécanisme anxieux du TAG se manifeste chez lui en identifiant les liens entre les pensées anxieuses et la symptomatologie somatique.
- la restructuration cognitive qui vise à identifier et à corriger les erreurs de traitement de

l'information : apprendre à évaluer de façon plus réaliste le risque qu'un événement négatif survienne, remettre en question l'utilité des inquiétudes, affronter les pensées anxieuses afin de les relativiser, au lieu de les éviter.

L'approche comportementale comprend une exposition progressive et une désensibilisation systématique aux stimuli anxiogènes situationnels et interoceptifs, un entraînement aux stratégies de résolution de problèmes, des méthodes de gestion du stress notamment l'apprentissage de techniques de relaxation pour diminuer les phénomènes somatiques liés à l'anxiété.

Critères d'efficacité thérapeutique :

Diminution de l'anxiété perçue par le patient et son entourage, évaluée par l'entretien clinique et un instrument psychotechnique, avec passage d'une anxiété pathologique à une anxiété normale

Diminution des symptômes physiques de l'anxiété

Amélioration des scores aux échelles psychotechniques spécifiques

Prévention des rechutes :

L'autonomie du patient face à son TAG réside dans la compréhension (*insight*) de ses propres mécanismes anxieux individuels. La thérapie cognitive aura pour objectif de l'aider à identifier les facteurs susceptibles de contribuer à une augmentation des inquiétudes, à savoir repérer les pensées caractéristiques de l'inquiétude excessive et à repérer les symptômes physiologiques et à les interpréter comme signes du stress et non comme d'une maladie organique.

Le patient apprend à faire la différence entre une "chute" et une rechute, afin de ne pas dramatiser une recrudescence passagère de l'anxiété lors d'événements difficiles, par exemple. Les aggravations passagères sont considérées comme une occasion de revenir sur les apprentissages effectués pendant la thérapie, de les approfondir et pérenniser et de savoir relativiser : "Les émotions sont fluctuantes, c'est normal." "De nombreux événements de vie sont imprévisibles, on ne peut pas tout contrôler mais on peut faire face avec confiance en soi." "Certains événements négatifs sont incontournables, il est normal de s'inquiéter parfois."

3.2.2.4. La phobie sociale

Epidémiologie

Ce trouble touche de 2 à 4% de la population, avec une légère prédominance féminine (Servant, 2002).

Définitions et critères diagnostiques

La phobie sociale est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à des situations sociales ou de performance où la personne est exposée au regard d'autrui ; ces situations sont soit évitées, soit subies avec une détresse importante.

La peur de soutenir le contact visuel avec autrui est caractéristique et la personne phobique sociale aura tendance à éviter le regard, à limiter la durée de l'échange visuel.

La phobie sociale débute fréquemment à l'adolescence, précédée souvent, pendant l'enfance, de signes d'évitement, de timidité, de réticence à se séparer des personnes connues (anxiété de séparation).

Quand la personne se retrouve dans la situation redoutée, des symptômes anxieux importants se déclenchent : difficultés de concentration, tachycardie, tremblements, sensation de vertige, transpiration, sensation d'étouffer, altération de la voix, érythème facial, sensation de tension dans le dos et la nuque et de "boule dans la gorge", céphalées. Ces symptômes peuvent atteindre l'intensité d'une attaque de panique.

La phobie sociale comporte des symptômes :

- émotionnels et physiologiques (symptômes physiologiques du stress, érythème facial, tremblements, transpiration)
- cognitifs (focalisation sur soi et ses propres ressentis anxieux, auto-observation critique, distorsions cognitives qui conduisent à une interprétation erronée des situations sociales, avec notamment une sur-évaluation des risques sociaux ; une anticipation anxieuse des situations sociales)
- comportementaux (principalement des évitements).

Sur le plan clinique, une analyse fine des situations redoutées par la personne met en relief des profils et des degrés de gravité qui peuvent être très différents :

La phobie sociale peut ne concerner qu'un nombre limité de situations (par exemple prendre la parole devant un groupe) ou alors être généralisée à la plupart des situations sociales.

Elle peut concerner les situations d'observation par autrui, les situations de performance devant un groupe, les interactions sociales courantes et banales et les situations où la personne est amenée à s'affirmer – à défendre ses droits, à recevoir un compliment, à faire une demande ou à formuler un refus. Les évitements mis en place par le patient peuvent prendre des formes diverses : ne pas se rendre à un rendez vous, rester silencieux lors d'une réunion, refuser de faire un exposé oral, ne jamais manger au restaurant.

En raison de l'intensité de la souffrance subie en situation sociale et des stratégies d'évitement que la personne met en place, les répercussions sur la vie personnelle, professionnelle peuvent être très importantes et invalidantes. Le suivi médical des phobiques sociaux est compliqué par leur difficulté à affronter les moments relationnels, ils consultent peu et uniquement quand ils ne peuvent plus faire autrement. La prévention médicale peut s'avérer difficile. Les comorbidités sont fréquentes : autres troubles anxieux, dépression liée aux échecs socio-professionnels et à la solitude, abus de substances.

Il convient de faire la différence entre phobie sociale et timidité : la personne timide recherche la présence d'autrui mais elle se trouve inhibée, ne parvient pas à parler ou à participer activement par crainte de ne pas être apprécié par les autres, alors que la personne phobique sociale évite la présence d'autrui par crainte d'être observée et jugée sévèrement, d'être ridiculisée ou méprisée.

Recommandations de traitement de la phobie sociale :

Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ISRS sont indiqués pour le traitement de la phobie sociale et possèdent une efficacité à court et à moyen terme, mais il y a perte du gain thérapeutique après arrêt du traitement. Les benzodiazépines sont efficaces sur les symptômes aigus, mais doivent être réservés à une utilisation ponctuelle (par exemple avant un entretien ou un examen). Le Propanolol®, un bêta-bloquant, peut être utilisé en traitement d'appoint avant une situation de performance.

Les T.C.C. présentent une efficacité équivalente aux antidépresseurs à 6 mois, avec maintien des résultats thérapeutiques à un an. Comme dans les phobies spécifiques, c'est l'exposition systématique qui produit l'effet le plus important : 80% versus 0% pour la condition placebo (Heimberg et al., 1998; Cottraux et al., cité dans INSERM, 2004)

Aspects cognitifs de la phobie sociale :

Le modèle cognitif de la phobie sociale (Beck, Emery & Greenberg, 1985), puis celui de Clark et Wells (1995) permettent de comprendre les interactions entre les pensées et croyances liées au contexte social et les symptômes physiologiques liées au stress en situation sociale. Une des caractéristiques principales de la phobie sociale est un centrage auto-critique et douloureux sur soi-même, au détriment de l'attention portée aux autres. La personne possède des standards trop élevés de performance sociale qu'elle s'oblige à atteindre ("je ne dois dire que des choses pertinentes", "je dois toujours m'exprimer avec fluidité", "je ne dois montrer aucun signe d'anxiété") et elle anticipe des conséquences dramatiques si elle n'y

arrive pas ("si je rougis tout le monde le verra et on me trouvera bizarre, tout le monde se moquera de moi", "si ma voix tremble lors de mon exposé oral, on me jugera incompetent", "si je ne dis rien tout le monde me trouvera ennuyeux", "si je parle de tel sujet, ils vont trouver cela inintéressant et me rejèteront".)

Les situations sociales sont vécues comme potentiellement dangereuses et évitées. Un cercle vicieux de l'anxiété s'installe : l'anticipation anxieuse d'un échec ou d'une contre-performance en situation sociale aggrave la réaction physiologique du stress et provoque une inhibition cognitive. Pendant la situation sociale, la personne sera focalisée sur ses symptômes ("je sens que je tremble, que je rougis, que je transpire... tout le monde le verra, c'est horrible") et elle sera moins spontanée et aura les idées moins claires qu'en temps normal, ses performances sociales risquent donc de baisser réellement de façon momentanée, confirmant ainsi ses craintes.

T.C.C. chez le patient phobique social :

L'aspect comportemental de la prise en charge T.C.C. de la phobie sociale est basé sur l'exposition progressive ; la définition de la ligne de base est particulièrement importante afin de connaître le degré de sévérité du trouble et les évitements mis en place par le patient afin de construire un programme d'exercices à difficulté graduée. Le thérapeute inclura de nombreuses situations de la vie quotidienne du patient afin de l'aider à se confronter progressivement aux rencontres avec autrui au lieu de les fuir.

L'apprentissage de techniques d'affirmation de soi par le biais de jeux de rôle est l'autre élément essentiel de la TCC chez le phobique social. Basée sur le principe de l'apprentissage vicariant et notamment par imitation du modèle que constituent les thérapeutes lors des jeux de rôle, elle se pratique en individuel ou en séances de groupe, avec mise en pratique dans la vie quotidienne (Fanget & Rouchouse, 2007).

L'approche cognitive vise tout d'abord à aider le sujet à repérer ses pensées automatiques négatives en situation sociale. L'angoisse en situation sociale est souvent si envahissante que la personne fonctionne en "pilote automatique" et n'a aucune conscience de son dialogue intérieur. Le cahier d'auto-observation avec les colonnes de Beck est un instrument adapté pour cette auto-observation. En séance, ces pensées sont discutées afin d'amener le patient à les relativiser. Parallèlement le patient est encouragé à focaliser son attention vers son environnement, à observer ce qui l'entoure au lieu de rester centré sur ses sensations physiologiques anxieuses et ses pensées dysfonctionnelles. Ces exercices de

défocalisation et d'ouverture sensorielle visent à rétablir une attention adéquate aux autres, à l'environnement, à la situation réelle. La restructuration cognitive est destinée à aider la personne à modifier les biais cognitifs concernant la conviction que les autres se focalisent sur elle, scrutant le moindre défaut ou la plus petite erreur et l'auto-centration.

En résumé :

Le patient apprend à s'exposer progressivement aux situations sociales qui l'angoissent. Il apprend à repérer et à modifier les pensées négatives qu'il a vis-à-vis de lui-même en situation sociale, à relâcher l'attitude d'auto-focalisation, et à porter son attention sur les éléments pertinents de la situation sociale. Il apprend à relativiser la gravité des petits "échecs" en situation sociale et à gérer les symptômes physiologiques de l'anxiété. Il apprend des techniques d'affirmation de soi et, s'il a des déficits dans ce domaine, des habiletés sociales et s'entraîne, en séance individuelle et/ou de groupe, à s'exprimer sans agressivité ni inhibition.

3.2.2.5. Phobies spécifiques

Une phobie spécifique se définit comme une peur irrationnelle, excessive provoquant une anxiété cliniquement significative lorsque la personne est exposée ou anticipe l'exposition à un objet ou une situation ne présentant aucun danger réel. La personne est consciente du caractère excessif de sa peur, mais n'arrive pas à la modifier ; la confrontation avec le stimulus anxiogène provoque une détresse importante. Il existe de nombreuses phobies spécifiques, les plus courantes sont de type :

- animal (souris, oiseaux, serpents, insectes)
- sang, piqûres, accidents (voir du sang, subir injections ou interventions médicales)
- environnement naturel (orage, eau)
- situationnel (tunnels, ascenseur, pont)
- autres (peur de vomir ou émétophobie, de contracter une maladie ou morbo-phobie, de rougir ou érythrophobie)

Elles sont fréquentes : presque 1 femme sur 4 et 1 homme sur 10 présentent une phobie spécifique.

Le tableau clinique de la phobie spécifique est dominé :

- par les symptômes physiologiques de l'anxiété pouvant atteindre l'intensité d'une attaque de panique quand le sujet est confronté à l'objet de sa peur, ou quand il anticipe cette confrontation ;

- par les comportements d'évitement que le sujet va mettre en place, évitements complets (la personne évite toute rencontre avec les situations/objets/animaux anxiogènes) ou partiels (la personne se fait accompagner, utilise des médicaments ou substances dans un objectif anxiolytique, elle garde un objet contre-phobique sur elle).

Recommandations pour le traitement :

Il n'existe pas de pharmacothérapie pour les phobies spécifiques. La HAS recommande de limiter les benzodiazépines à un usage très ponctuel pour les situations d'urgence (obligation de prendre un avion, ou de subir une procédure médicale). Les T.C.C. sont recommandées dans la prise en charge des phobies spécifiques, en traitement de 12-25 séances (HAS, 2007). Certains Anti-Dépresseurs ISRS peuvent être indiqués, dans des cas de comorbidité anxio-dépressive.

Instruments psychotechniques :

Le Questionnaire des peurs (Fear Questionnaire) de Marks explore l'agoraphobie, les phobies spécifiques et la phobie sociale et constitue un instrument utile, bien validé et facile d'emploi.

L'Echelle d'évaluation des phobies, des attaques de panique et de l'anxiété généralisée permet de faire le point sur l'intensité et la fréquence des symptômes liés à l'anxiété et donc d'évaluer la répercussion sur le fonctionnement global du patient.

Les échelles spécifiques des phobies médicales telle la Medical Fear Survey permettent d'identifier les situations que le patient évite ; le Mutilation Questionnaire (Klorman, Hastings, Weerts, Melamed & Lang, 1974) permet de déterminer le risque d'évanouissement dans des situations médicales. Le Dental Fear Survey (Kleinknecht, Klepac & de Alexander, 1973) évalue l'évitement, les symptômes physiologiques et la peur de stimuli dentaires spécifiques.

Aspects cognitifs des phobies spécifiques :

Selon la théorie de l'apprentissage dans les phobies (Rachman, 1977), la réponse phobique peut se mettre en place de différentes façons :

- par expérience directe suite à un événement pénible que la personne a vécu elle-même (être mordu par un chien ou piqué par un insecte peut conduire à une phobie de type animal, le fait d'avoir manqué de se noyer à une phobie de l'eau, une intervention dentaire, une prise de sang

douloureuse à une phobie de type médical...).

- par l'apprentissage vicariant qui peut intervenir quand la personne assiste à un événement pénible arrivant à une autre personne (voir un ami se faire renverser par une voiture peut provoquer une phobie de la conduite automobile), lorsqu'elle voit une autre personne réagir avec une anxiété forte à un stimulus anodin (la fillette qui observe sa camarade de classe réagir par des pleurs et des cris face à une souris et qui développe une phobie des souris elle-même) ou lorsque les parents, enseignants, médias, ou des proches lui conseillent de façon répétée et insistante d'avoir peur, ou de se méfier, de quelque chose.

Sur le plan cognitif, la personne phobique surévalue la probabilité qu'une rencontre avec le stimulus anxiogène puisse avoir des conséquences graves.

T.C.C. des phobies spécifiques :

L'approche comportementale est basée sur l'exposition graduée ; la confrontation répétée au stimulus anxiogène en débutant par les situations les moins anxiogènes permet d'obtenir une réponse d'habituation avec une baisse progressive du degré d'anxiété et des comportements d'évitement. Le patient va effectuer ses exercices d'exposition quotidiennement afin d'obtenir des résultats. L'exposition par réalité virtuelle utilise des casques où des stimuli anxiogènes sont projetés sur l'écran devant les yeux du sujet, qui se déplace dans, et interagit avec, un environnement virtuel où il est exposé graduellement aux stimuli anxiogènes.

L'approche cognitive débute par une psycho-éducation sur les mécanismes impliqués dans les phobies, incluant un entretien motivationnel afin d'obtenir une bonne compréhension du patient et son adhésion thérapeutique. Le patient doit comprendre comment fonctionne le cercle vicieux de l'évitement – amélioration immédiate des symptômes mais aggravation à moyen terme, donc persistance des symptômes, des évitements et de leurs répercussions sur sa vie quotidienne – afin d'adhérer au traitement comportemental et s'y impliquer. L'approche cognitive n'a donc de sens qu'en association avec les techniques d'exposition comportementale.

La restructuration cognitive vise à identifier et à modifier les croyances dysfonctionnelles liées à la dangerosité d'une rencontre avec le stimulus anxiogène, et ainsi que les souvenirs personnels. Une personne arachnophobe peut être convaincue que les araignées sont susceptibles de l'agresser et que toutes les araignées sont potentiellement dangereuses. Après la mise à jour de ces pensées anxiogènes, le thérapeute va rechercher, avec le patient, des informations concrètes et des exemples vécus permettant de trouver une

vue plus réaliste du scénario.

La phobie médicale

Il s'agit d'une phobie spécifique dans laquelle l'objet de la phobie est de nature médicale ; cette phobie peut concerner les locaux (cabinet médical ou dentaire, hôpital, centre de soins), le personnel soignant (médecin, dentiste, infirmière), le matériel (notamment seringues et aiguilles mais aussi appareil à prendre la tension, otoscope...), les procédures (IRM, intervention chirurgicale, prise de sang, scanner...) ainsi que des images de blessures, de sang ou d'accidents. Une variété de procédures, lieux, objets, personnels peuvent faire l'objet de la phobie et ce trouble peut avoir des répercussions sur la vie du patient, car la personne tend à éviter des examens et traitements médicaux indispensables en raison de sa phobie. La personne a conscience du caractère excessif de sa crainte, mais est incapable de changer.

Fredrikson, Annas, Fischer et Wik dans leur étude de 1996 trouvent que presque 2% de la population européenne présente une phobie des injections, 2,1% une phobie des soins dentaires, et 3,3% une phobie de type sang/blessures/mutilation. Le début se situe généralement dans l'enfance mais l'anxiété excessive et ses répercussions se manifestent plus tard, pendant l'adolescence (Bienvenu & Eaton, 1998). Depuis peu, la communauté médicale a pris conscience de la nécessité d'identifier et de prendre en charge la phobie médicale en soins primaires (Hamilton, 1995).

Le diagnostic différentiel est délicat, car la phobie médicale peut ressembler à d'autres troubles. Ainsi, un patient phobique social peut éviter les visites médicales par peur de devoir se déshabiller devant un inconnu ; chez un patient avec une anxiété généralisée dont les soucis excessifs concernent de nombreux domaines, une visite médicale peut faire augmenter ses inquiétudes liées à la santé si bien qu'il va l'éviter. Un patient obsessionnel-compulsif avec une peur de la saleté et des microbes aura tendance à éviter cabinets médicaux et hôpitaux parce qu'ils sont des sources potentielles de contamination. Un patient dépressif peut refuser examens et traitements médicaux en raison d'un sentiment de désespoir et juger inutile les tentatives destinées à l'aider. Un patient hypochondriaque, dont la crainte d'être atteint d'une maladie grave est basée sur une interprétation erronée de ses sensations et symptômes physiques, peut éviter les lieux et personnels médicaux parce qu'ils augmentent ses inquiétudes. Un patient présentant un Etat de Stress Post-Traumatique après un accident grave peut éviter de s'approcher des hôpitaux et cliniques car ils font augmenter les souvenirs intrusifs. Un patient atteint d'émétophobie peut éviter les situations où il craint être exposé à

des substances ou germes qui pourraient entraîner une maladie susceptible de le faire vomir. Un patient délirant peut éviter les professionnels de santé et les centres et procédures de soin en raison de sa crainte d'un complot médical destiné à l'anéantir ou à le contrôler.

L'évaluation permet de déterminer l'objet précis de la peur du patient et d'établir les circonstances du début du problème, son évolution, les éventuels traitements déjà essayés et les effets actuels sur la vie du patient. L'analyse fonctionnelle permet ensuite de déterminer les situations et objets qui déclenchent l'anxiété, les croyances et pensées associées, l'intensité de l'anxiété et les comportements d'évitement mis en place par le patient. Le patient a souvent la conviction que les procédures médicales sont systématiquement douloureuses et dangereuses, et la thérapie cognitive vise à identifier et à modifier les croyances irrationnelles liées aux situations médicales redoutées.

L'exposition progressive avec prévention de la réponse constitue la psychothérapie la mieux étayée par les preuves (Antony & Barlow, 2002). Comme dans les autres phobies, l'exposition progressive, régulière et suffisamment prolongée a pour objectif d'obtenir l'habituation et l'extinction de la réponse anxieuse. Elle concerne les stimuli anxiogènes externes (prise de sang, vaccination, coloscopie, scanner...) et les sensations proprioceptives associées (sensation de vertige, peur de s'évanouir).

Quand la phobie médicale est accompagnée d'une phobie du sang – qui présente un caractère familial important (Vera & Sarron, 2000) – la confrontation avec la situation anxiogène conduit dans 50 à 70% des cas à un évanouissement. Le mécanisme impliqué dans la phobie du sang n'est pas le même que pour les autres phobies et ne provoque pas les mêmes symptômes physiologiques : ici, une tachycardie brève est suivie de bradycardie et d'une chute brusque de la TA provoquant souvent l'évanouissement, alors que la perte de connaissance ne fait pas partie des symptômes des autres phobies.

L'évanouissement résulte d'une stimulation du nerf vague provoquée par les émotions négatives intenses (notamment peur et dégoût) liées à la phobie. Les effets cardiovasculaires de cette stimulation sont une vasodilatation périphérique, une tachycardie brève suivie d'une bradycardie et une chute de la tension artérielle : la réponse vagale. Une réactivité excessive du nerf vague d'origine génétique peut expliquer le caractère volontiers familial de la phobie médicale (Page & Martin, 1998).

La thérapie comportementale vise à apprendre au patient à augmenter sa TA "sur demande", quand il affronte une situation médicale anxiogène : c'est la technique de la tension

musculaire appliquée (Ost & Sterner, 1987).

Une autre technique consiste à apprendre au patient à se mettre en colère (Vera & Mirabel-Sarron, 2000), cette émotion s'accompagnant d'une accélération du rythme cardiaque, d'une vasoconstriction périphérique et d'une augmentation de la TA.

3.2.2.6. Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Epidémiologie

La prévalence du TOC en population générale est de 1,5 à 2,5% (Rebhandl & Kunnamo, 2007), c'est la 4ème maladie mentale en termes de fréquence, aussi fréquente que l'asthme ou le diabète. Autant d'hommes que de femmes sont concernés. L'âge moyen de début des TOCs se situe vers 12 ans : 65% des TOCS débutent avant 25 ans, dont un tiers entre 3 et 18 ans. Le TOC s'avère stable dans le temps : les améliorations spontanées sont très rares.

Définitions et critères diagnostiques

Le handicap causé par les compulsions peut être considérable, certains patients accomplissant des rituels pendant plusieurs heures par jour.

Les caractéristiques cliniques du Trouble Obsessionnel Compulsif sont la présence

1. d'obsessions
2. de compulsions
3. d'anxiété
4. d'évitements
5. d'une perte de temps (plus d'1 heure par jour) ou d'une gêne considérable

Une obsession se définit comme une pensée récurrente survenant de façon spontanée et contre la volonté du sujet et entraînant une anxiété ou une souffrance marquée et par des comportements ritualisés qui servent à neutraliser l'anxiété (DSM IV TR). L'obsession provoque chez le sujet la crainte lancinante de provoquer un dommage, un préjudice, un malheur s'il n'y prend pas garde. La personne ressent ses obsessions et/ou compulsions comme intrusives, excessives et déraisonnables, et ne correspondant pas à sa personnalité (égodystoniques) mais contre lesquelles elle est impuissante. Elle est consciente que ces pensées sont le fruit de sa propre activité mentale, à la différence des pensées vécues comme imposées par l'extérieur qu'on trouve dans les troubles psychotiques.

Les obsessions les plus courantes concernent la contamination, la crainte de faire du tort

à autrui, la crainte des impulsions (d'agresser, de blesser, de violer quelqu'un), le collectionnisme, la symétrie, le besoin de certitude, des obsessions de malheur et de superstitions (Calamari, Wiegartz, Riemann, Cohen & Grier, 2004).

Le sujet interprète ces pensées intrusives comme insupportables, inacceptables et tente de les oublier ou de les rejeter en mettant en place des comportements ritualisés destinés à neutraliser les effets des pensées intrusives : ce sont les compulsions ou rituels, comportements observables (vérifier plusieurs fois qu'une porte est bien fermée, lavage de mains répété de nombreuses fois, procédures de nettoyage complexes quand la personne rentre à la maison) ou des actes mentaux répétitifs (compter de 0 à 100 et de 100 à 0 par 2, réciter mentalement un poème ou une liste de numéros sans aucune erreur) dont l'objectif est d'apaiser la tension interne causée par les obsessions, ou de prévenir un événement redouté.

Situations propices pour dépister un TOC en soins primaires:

- une anxiété résistance aux anxiolytiques
- une dépression chronique et/ou difficile à traiter
- un échec professionnel (ou scolaire dans les formes juvéniles) inexplicé
- des troubles du comportement inexplicés (crises de colère, évitements, changement des habitudes alimentaires, retards systématiques...)
- des antécédents familiaux de TOC
- de plaintes de l'entourage au sujet de conduites incompréhensibles transformant la vie de tous les jours en une lutte permanente.

Instruments d'évaluation :

L'entretien diagnostique structuré MINI contribue à formuler l'hypothèse diagnostique ; l'Echelle YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, Bouvard & Cottraux, 2010) permet d'évaluer la sévérité des symptômes.

Recommandations de traitement du Trouble obsessionnel-compulsif :

D'après l'ANAES (2005) les Antidépresseurs sérotoninergiques ISRS, les T.C.C. et l'association des deux traitements ont prouvé leur efficacité, avec une réduction nette des troubles chez 2/3 des patients. Une guérison est observée chez 20% des patients. Malgré un traitement bien conduit, certains patients ne voient pas leur état s'améliorer. La motivation du patient est l'élément essentiel pour l'amélioration du trouble.

Conceptualisation cognitivo-comportementale du TOC :

Des recherches récentes mettent en relief des particularités neuro-psychologiques fréquentes chez les sujets atteints de TOC :

-des biais cognitifs et attentionnels, notamment une focalisation excessive sur des pensées intrusives involontaires, et un biais nommé fusion pensée - action : le patient considère la pensée comme inextricablement liée à l'action, il aura tendance à éprouver une vive culpabilité pour ses pensées intrusives et aura la conviction profonde que ses pensées intrusives vont se réaliser dans la vie réelle (Shafran & Rachman, 2004).

- des croyances dysfonctionnelles centrées sur la responsabilité, une importance excessive donnée aux pensées et à leur contrôle, l'intolérance à l'incertitude, le perfectionnisme, et la surestimation de la menace (OCCWG, 1997). Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards et al (2000) montrent le rôle d'un schéma de responsabilité excessive qui agissant à deux niveaux : le patient se sent responsable de ses pensées intrusives, les interprète comme révélatrices de sa propre personnalité (Rachman, 1997). Il se sent également responsable des conséquences négatives éventuelles, dans la vie réelle, de ses pensées intrusives ; ce sentiment de responsabilité accentue la focalisation sur les pensées intrusives et augmente l'anxiété. La personne met alors en place des stratégies de neutralisation que sont les rituels, destinées d'une part à diminuer l'anxiété, d'autre part à éviter les conséquences redoutées, de ses pensées. Les rituels ne produisent pas l'effet prévu : en effet le soulagement de l'anxiété est de courte durée et l'accomplissement du rituel empêche les croyances dysfonctionnelles d'être infirmées. Ces auteurs montrent l'effet des expériences précoces rendant vulnérable au TOC et des incidents critiques déclenchant le trouble, sur les croyances générales (par exemple : souhaiter du malheur à quelqu'un est aussi grave que de faire réellement du mal) et l'interprétation des pensées et images intrusives en termes de responsabilité, suivie de la mise en place de neutralisations.

- des déficits cognitifs affectant surtout la résolution des conflits cognitifs, la mémoire verbale et la fluidité mentale. Des difficultés à traiter de façon appropriée des informations contradictoires, à actualiser des informations mémorisées, et à accéder aux informations qui permettraient de modifier les croyances irrationnelles.

La T.C.C. du Trouble obsessionnel-compulsif :

L'évaluation psychométrique détaillée initiale par exemple à l'aide de la YBOCS permet de faire l'inventaire des thèmes obsessionnels et des rituels et est un bon outil pour établir la ligne de base. En cours de thérapie, l'évaluation sera répétée tous les 3 mois environ afin

d'observer les résultats thérapeutiques dans le temps.

L'Analyse Fonctionnelle permet la description approfondie des situations qui déclenchent les obsessions cognitives et les compulsions comportementales ou rituels.

En accord avec le patient, le praticien propose soit une thérapie centrée sur les symptômes les plus gênants, soit une thérapie à plus long terme incluant les facteurs étiologiques (psychotrauma, anxiété sociale...).

La thérapie comportementale consiste en une exposition prolongée et répétée avec inhibition de la réponse automatique, aux stimuli externes – situations, objets, activités, conflits interpersonnels – et internes – pensées, images mentales, ressentis physiques, émotions – qui habituellement déclenchent les obsessions et/ou compulsions. Un patient avec des craintes obsessionnelles de contamination apprend par exemple à toucher la table dans le bureau du praticien et à ne pas se laver immédiatement les mains. L'objectif de l'exposition avec inhibitions de la réponse automatique est double : le patient s'habitue progressivement à la présence de l'anxiété déclenchée par l'état de "sauté" de sa main et assiste à la diminution progressive de l'anxiété, sans avoir produit son rituel. Il se rend progressivement compte que rien de dramatique ne se produit s'il ne produit pas son rituel. On assiste progressivement à une généralisation de ce phénomène : la diminution des rituels diminue les obsessions qui sont "désavouées" par l'épreuve des faits.

L'exposition s'accompagne de la mise en place de comportements alternatifs adaptés; cela nécessite parfois un *home treatment* ou traitement à domicile, qui consiste à conduire la thérapie au plus près de l'environnement quotidien du patient.

Un entraînement aux habiletés sociales et à l'Affirmation de Soi si besoin.

La restructuration cognitive vise une modification des croyances irrationnelles et des jugements trop rigides ; elle doit précéder l'exposition dans les cas où le patient ne critique pas spontanément ses obsessions. Une approche récente, dite approche basée sur les inférences (O'Connor, Ecker, Lahoud & Roberts, 2012) se concentre sur le traitement cognitif du doute obsessionnel en lien avec des croyances négatives erronées que le patient entretient vis-à-vis de sa propre personnalité.

3.2.2.7. L'Etat de Stress post-traumatique (ESPT)

Epidémiologie

Entre 50 et 90% des personnes qui subissent un événement qui menace leur intégrité physique ou qui assistent à un événement qui menace l'intégrité physique d'autrui développent une réponse de stress immédiate, avec des symptômes anxieux aigus qui persistent entre 24 et

72 heures. Dans certains cas, un trouble anxieux plus durable s'installe, c'est l'ESPT. Ce trouble anxieux concerne entre 1 et 8% de la population au cours de la vie, et jusqu'à 15% pour les formes adoucies du trouble (Cochrane Database, 2001). Il peut apparaître chez toute personne confrontée à un événement traumatisant et pas uniquement chez des personnes vulnérables (Van der Linden & Ceschi, 2008).

Définition et critères diagnostiques

Ce trouble anxieux consiste en une reviviscence d'événement extrêmement traumatiques qui s'accompagne de symptômes neurovégétatifs intenses et de comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme.

Les symptômes de l'ESPT sont dus à une généralisation de la réponse de peur, entraînant une hypervigilance et des réponses neuro-végétatives excessives.

Le tableau clinique est caractérisé par le fait de revivre de façon répétée et persistante des scènes traumatiques vécues, le sujet met en place des stratégies d'évitement comportemental et cognitif de tout ce qui peut rappeler la scène traumatique, un émoussement affectif, et une hyperexcitabilité neuro-végétative (réactions de sursaut, tensions musculaires, insomnies). Les troubles doivent entraîner une souffrance significative et durer depuis au moins un mois pour poser le diagnostic. Il existe souvent une amnésie partielle ou totale des détails de l'événement traumatique.

Si l'identification de l'ESPT en tant qu'unité clinique trouve son origine dans la recherche clinique sur les vétérans et les survivants de guerre, d'attentats et de catastrophes naturelles, des travaux récents indiquent que l'ESPT est plus fréquent qu'on ne le pensait en population générale. Cela concerne par exemple les femmes enceintes – l'étude de Seng, Kane Low, Sperlich, Ronis et Liberzon (2009) trouve une prévalence du ESPT de 20% chez des futures mamans hospitalisées en service de maternité et de 1 à 6% des jeunes mères développent un ESPT après un accouchement difficile (Wijma, Sonderquist & Wijma, 1997) – ainsi que des patients ayant subi une intervention chirurgicale lourde ou ayant reçu un diagnostic somatique péjoratif. Ce trouble pourrait donc être plus courant en consultation médicale que ce qu'on pensait auparavant.

Instruments psychotechniques spécifiques de l'ESPT :

L'Échelle révisée de l'Impact de l'Evènement évalue les réminiscences intrusives, l'hyperréactivité neuro-végétative et les comportements d'évitement ; ses scores de significativité permettent de différencier les traumas récents des traumas datant de plus de 4

mois, ainsi que l'état des victimes sans ESPT.

Le score global de la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale* (PCLS) est positivement et significativement corrélé à celui de l'Inventaire de Dépression de Beck version courte à 13 items (BDI - SF) et à celui de l'Echelle d'Anxiété de Hamilton, mettant en évidence la coexistence de certains symptômes cognitifs, émotionnels, physiologiques et comportementaux dans les troubles dépressifs, d'autres troubles anxieux et l'ESPT.

Recommandations de traitement de l'ESPT :

La pharmacothérapie de l'ESPT est basée sur la Paroxétine®, un Antidépresseur ISRS ; la psychothérapie recommandée est la T.C.C. centrée sur le traumatisme ou l'EMDR, en thérapie de durée moyenne comprenant de 15 à 20 séances. L'association des deux traitements – ISRS et TCC – s'avère plus efficace que chaque traitement seul (HAS, 2007). Selon la méta-analyse rigoureuse de Maxfield & Hyer (2002), l'EMDR constitue un traitement efficace de l'ESPT.

La thérapie cognitivo-comportementale de l'ESPT :

La thérapie comportementale comprend 9 à 12 séances d'exposition prolongée aux stimuli anxiogènes, si nécessaire accompagnées par le thérapeute et préparées par une exposition en imagination (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) ; l'exposition est précédée d'un apprentissage approfondi de techniques de relaxation afin de diminuer les symptômes neuro-végétatifs. L'exposition prolongée d'au moins 45 minutes conduit à une habituation et une extinction progressive de l'anxiété. L'exposition prolongée diminue les symptômes de l'ESPT de 75% (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002).

La restructuration cognitive a pour objectif d'identifier et de modifier les pensées dysfonctionnelles liées à la scène traumatique: auto-accusation, culpabilité, méfiance, impression de ne plus être en sécurité nulle part. Resick et al. (2002) indiquent un taux de rémission de 80% qui inclut l'amélioration des symptômes dépressifs et dissociatifs comorbides.

3.2.3. La schizophrénie

Epidémiologie

Cette maladie mentale chronique concerne environ 1% de la population générale, ce qui représente environ 10 000 nouveaux cas par an (HAS, 2007) .

Définition et critères diagnostiques

Elle se caractérise par la présence durable dans le temps de symptômes positifs – hallucinations, idéation délirante, passages à l'acte – et/ou négatifs - repli social, perte d'intérêt, abrasion émotionnelle, indifférence affective.

La prise en charge, nécessairement pluridisciplinaire, repose sur la pharmacothérapie par médicaments anti-psychotiques, la psychothérapie non-spécifique et spécifique notamment cognitivo-comportementale, la psycho-éducation du patient et de sa famille, des interventions psychosociales et d'insertion professionnelle (HAS, 2007).

Le suivi médical des personnes schizophrènes en soins primaires peut s'avérer délicat pour plusieurs raisons: interactions médicamenteuses par rapport aux médicaments psychotropes, gestion difficile des comportements de santé de ces patients, notamment s'ils souffrent d'une affection somatique chronique comme le diabète, nécessité de communiquer avec les familles ou les structures assurant la prise en charge psychiatrique et surtout difficulté à établir et maintenir sur le long terme une relation thérapeutique constructive avec le patient. Le suivi des patients schizophrènes rend une coopération étroite et un échange continu d'informations cliniques entre généraliste et PSM indispensable. Le traitement médicamenteux de la schizophrénie repose principalement sur les neuroleptiques, et le suivi pharmacothérapeutique est habituellement assuré par le psychiatre traitant; le suivi clinique du patient sera assuré par le médecin généraliste, qui sera par là-même amené à aider le patient à gérer au quotidien les effets secondaires de la pharmacothérapie anti-psychotique, en sachant que la lourdeur de ces effets secondaires amène de nombreux patients à interrompre leur traitement. Alors que le psychiatre ne voit habituellement son patient que de loin en loin, à l'occasion de prescriptions, ou de situations d'urgence, le médecin de famille aura une perception synchronique plus précise des capacités d'adaptation et des difficultés du patient au quotidien, et sa vision diachronique de l'évolution sera enrichie par sa connaissance de l'environnement familial.

Recommandations de prise en charge:

Elle se fait habituellement dans le cadre des soins sectorisés et implique une collaboration étroite entre professionnels de la santé - PSM, infirmiers psychiatriques, éducateurs, médecins généralistes - exerçant dans des structures dédiées et en soins primaires, afin d'optimiser la relation thérapeutique avec le patient et sa famille.

Des approches non-médicamenteuses complètent le traitement pharmacologique qui repose essentiellement sur les antipsychotiques de deuxième génération (HAS, 2007):

- La psychothérapie non-spécifique pratiquée par le MG repose surtout sur une relation

thérapeutique de qualité, afin d'instaurer confiance et coopération sur la durée avec un patient particulièrement vulnérable sur le plan relationnel.

- Elle peut être complétée par des psychothérapies spécifiques, codifiées, notamment les T.C.C. et la thérapie familiale systémique qui s'avère efficace dans des familles qui expriment un haut niveau d'émotionnalité négative.

- La psycho-éducation et l'aménagement du cadre de vie sont essentielles.

Les troubles cognitifs dans la schizophrénie

De nombreuses recherches démontrent la présence de déficits cognitifs précoces complexes dans la schizophrénie, déficits qui entraînent une modification profonde du fonctionnement global de la personne et contribuent à altérer ses aptitudes sociales, son insertion professionnelle, et sa capacité à gérer les multiples aspects de la vie quotidienne.

Ces dysfonctionnements cognitifs combinés et complexes – troubles mnésiques, variations inhabituelles de l'état de vigilance, troubles des fonctions exécutives comme par exemple la difficulté à planifier et organiser des actions complexes, problèmes attentionnels comme une difficulté de gérer plusieurs informations simultanément, ou de maintenir l'attention pendant un temps prolongé, d'une augmentation des pensées intrusives dont le sujet n'arrive pas à se dégager, une difficulté à contrôler le cours des pensées etc. - précèdent de plusieurs mois voire plusieurs années l'apparition des symptômes cliniques.

Les troubles comportementaux dans la schizophrénie sont liés d'une part aux symptômes positifs et négatifs de la maladie, d'autre part ils résultent de ces déficits cognitifs ainsi que des réactions de l'environnement.

T.C.C. dans la schizophrénie:

Les approches comportementales ont pour objectif de diminuer l'impact négatif de la maladie sur la vie quotidienne, sur l'insertion socio-professionnelle et les comportements de santé du patient. La méthode Barkley ou économie de jetons est utilisée dans le cadre de programmes individualisés visant une modification de certains comportements identifiés comme péjoratifs. L'Entraînement des habiletés sociales vise une amélioration des capacités relationnelles et une meilleure qualité de vie interpersonnelle.

La thérapie cognitive et notamment la remédiation cognitive s'est développée parallèlement aux avancées de la recherche neuro-scientifique dans le domaine des altérations cognitives dans la schizophrénie; son objectif thérapeutique est double:

a) Diminuer l'impact de la pathologie sur le fonctionnement du patient dans sa vie courante : L'approche mise au point par l'équipe de l'Unité de Psychopathologie Cognitive

de Liège (Levaux, Laroï, Danion & Van der Linden, 2009) et de l'Unité 666 INSERM de Strasbourg (Danion & Offerlin-Meyer, 2011) se caractérise par une adaptation individualisée de la rémédiation aux besoins du patient. La première étape est l'évaluation cognitive précise, suivie par l'identification des difficultés cognitives dans la vie courante, la définition d'objectifs thérapeutiques concrets en collaboration avec le patient et suivi et maintien des résultats à long terme (Levaux, Laroï, Danion & van der Linden, 2009).

L'approche ATT (Wells, 2000) vise à améliorer les capacités attentionnelles et de concentration; le patient apprend à rediriger l'attention excessive dirigée vers soi pour l'orienter davantage vers son environnement, ainsi qu'à accepter ses pensées et émotions sans lutter contre elles.

b) améliorer la gestion des hallucinations afin de diminuer l'anxiété, les délires caractérisés et les passages à l'acte. Récemment des équipes françaises (Langlois, Klein & Dionnet, 2014) ont développés des programmes de thérapie cognitive individuelle ou de groupe dont l'objectif est d'améliorer la flexibilité cognitive du patient face à ses hallucinations. Cette approche se base entre autres sur le fait que certaines croyances métacognitives trop rigides ("je dois contrôler mes pensées"; "je dois m'inquiéter et me tracasser pour que les choses soient faites comme il faut"; "si je n'arrive pas à contrôler mes pensées, cela signifie que je suis quelqu'un de faible, ou que je deviens fou") sont corrélées positivement à une augmentation du phénomène hallucinatoire; améliorer la tolérance et diminuer l'anxiété vis-à-vis des phénomènes hallucinatoires en réduirait la fréquence, l'intensité et l'impact sur le comportement du malade. La psycho-éducation y joue un rôle important: la prévalence des phénomènes hallucinatoires en population générale est importante en dehors de toute pathologie (Romme, Honig, Noorthorn & Escher, 1992) et cette information aide le patient schizophrène à dédramatiser et à gérer les hallucinations avec moins d'anxiété.

3.2.4. Troubles somatoformes

Epidémiologie

Ces troubles concernent selon les études environ 1% de la population, avec une importante prédominance féminine.

Définitions et critères diagnostiques

Ils se caractérisent par la présence d'un ensemble de symptômes qui sont évocateurs d'une maladie somatique mais sans être complètement expliqués par une maladie somatique, par l'action d'une substance, par un autre trouble psychique ou par un acte volontaire de

simulation. Le DSM IV TR identifie différents types, principalement le trouble somatisation, le trouble de conversion, le trouble douloureux, l'hypochondrie, et la dysmorphophobie. Les plaintes débutent avant l'âge de 30 ans et concernent plusieurs zones, ou fonctions, différentes : céphalées, dorsalgies, troubles digestifs, troubles de la sphère uro-génitale, symptômes neurologiques...

Les patients ressentent et se plaignent de symptômes somatiques sans substrat organique. Ils s'adressent habituellement tout d'abord aux soins primaires et les troubles somatoformes font partie des troubles psychiques les plus fréquents au cabinet de médecine générale (Basky et al., 2005; Hansen, Fink, Sondergaard & Frydenberg, 2005).

Les formes cliniques sont de sévérité très variables, sur un continuum qui va des formes légères avec une exacerbation passagère des symptômes physiologiques du stress (Katon et al., 1991) jusqu'aux états graves où le patient devient incapable d'accomplir les activités de la vie quotidienne (Servan-Schreiber, Kolb & Tabas, 2000). La comorbidité somato-psychique, qui est la règle plutôt que l'exception, entraîne une incapacité plus importante que chaque trouble isolément (Escobar, cité dans Lamberg, 2005).

Lipowski (1988) propose une définition du processus de somatisation qui diffère de l'ancienne conception des maladies psycho-somatiques ; d'après cet auteur, la somatisation est une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale. Ce processus de somatisation interviendrait en réponse à un « stress psychosocial ou une souffrance psychologique ».

Le diagnostic des troubles somatoformes n'est généralement possible qu'après avoir recherché et exclu une organicité (Servan-Schreiber, Tabas, Kolb & Haas, 2004) ce qui peut nécessiter un temps considérable et engendrer des coûts élevés, car il inclut l'inventaire des symptômes et syndromes présentés et dont l'origine est potentiellement somatique, ainsi que des syndromes dits fonctionnels, caractérisés par une association de plusieurs symptômes non-expliqués médicalement (colon irritable, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie). Le généraliste doit tenir compte également des pathologies somatiques dont la symptomatologie est multiple et souvent vague tels les dysfonctionnements de la thyroïde et des parathyroïdes, la sclérose en plaques, la maladie de Lyme, les dysfonctionnements de l'Articulation Temporo-Mandibulaire. Une étude récente (Ross, Kashner & Smith, 1994) montre que 91% des coûts annuels du traitement des patients avec un trouble somatoforme

sont absorbés par le traitement de symptômes somatiques et 9% pour des services de santé mentale. Le coût global des prises en charge médicales des patients avec un trouble somatoforme est 9 à 14 fois plus élevé que pour la moyenne des patients (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara & Hamer, 2006). Ces patients sont difficiles à gérer en soins primaires, en raison de leur interprétation erronée des symptômes ressentis : ils se fixent habituellement sur la recherche d'une explication biologique et acceptent mal une interprétation psychologique. La coopération avec un PSM dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire est souvent indiquée afin de préserver une bonne relation thérapeutique.

Instruments psychotechniques d'évaluation du trouble somatoforme

Il n'existe pas d'échelle d'évaluation permettant de discriminer les plaintes liées à un trouble somatoforme des plaintes somatiques avec substrat organique. Le SCL 90 (Symptom Check List 90) explore entre autres la dimension "troubles somatoformes" et donne un aperçu de la souffrance subjective liée aux symptômes physiques non-spécifiques (céphalées, dorsalgies, vertiges...). Dans sa thèse consacrée à l'étude du trouble multisomatoforme chez les patients qui présentent un problème professionnel en médecine générale, Moreau Le Scenf propose les équivalences de 15 symptômes caractéristiques du syndrome multisomatique avec les Résultats de Consultations établis par la SFMG, qui peut s'avérer utile dans ce processus diagnostique et aider à la conceptualisation du cas (Moreau Le Scenf, 2009).

Approche cognitive des troubles somatoformes :

Selon Cathébras et Rousset (1993), la somatisation peut :

a) "Masquer" un trouble d'ordre psychopathologique. Selon Kroenke et al. (1994), les troubles psychiques comorbides sont surtout les troubles anxieux – taux de comorbidité de 50% –, les troubles de l'humeur – taux de comorbidité de 60% –, les abus de substances, les troubles de la personnalité – comorbidité de 60%. Il existe d'ailleurs des facteurs bio-psycho-sociaux qui prédisposent aux trois types de troubles.

Lowe et al. (2008) proposent les explications suivantes au chevauchement symptomatique important entre somatisations, troubles anxieux et troubles de l'humeur.

- Certains symptômes sont communs aux tableaux cliniques des trois types de troubles. En effet, certains symptômes somatiques non-spécifiques et non-médicalement expliqués comme le fait de transpirer, les palpitations cardiaque, la sensation de vertige, la nausée, la fatigue, des douleurs variables comme céphalées, douleurs gastriques, sensation de constriction thoracique... sont habituellement présents chez les patients anxieux et dépressifs

(Rief & Barsky, 2005)

- La présence d'un de ces troubles peut constituer un facteur de risque d'en développer un autre : ainsi l'Episode Dépressif Majeur constitue une atteinte majeure au sentiment de bien-être subjectif, qui interfère avec les investissements personnels et professionnels. L'EDM modifie le seuil de la douleur et donc l'intensité douloureuse et de surcroît augmente le désagrément du vécu douloureux en abaissant la tolérance à la douleur. Ainsi l'état dépressif s'accompagne d'une perte de confiance du patient en ses propres ressources et à une perception passive du pronostic, avec des stratégies d'adaptation passive à la maladie. L'anxiété, quant à elle, peut se traduire par les sensations physiques désagréables liées au stress, par une baisse du seuil de perception de la douleur et par un phénomène de focalisation sur les stimuli intéroceptifs. Cette association de biais cognitifs peut aboutir à un cercle vicieux de l'anxiété (Servan-Schreiber, 2000) qui s'articule sur un mécanisme cognitif d'amplification des sensations physiologiques. La personne souffrant d'un trouble de somatisation tend à ressentir davantage de phénomènes physiques médicalement inexplicables : palpitations cardiaques, sensation de léger vertige, douleurs passagères, inconfort digestif, transpiration. La focalisation excessive sur ces phénomènes va d'une part amplifier les sensations et d'autre part baisser le seuil de tolérance du sujet vis-à-vis de ces ressentis. La personne peut réagir à cette amplification avec anxiété et l'interpréter comme signe d'une maladie potentiellement grave ou invalidante. Cette interprétation fera à son tour augmenter l'anxiété, qui entraînera une augmentation des signes physiologiques du stress. Ainsi un cercle vicieux peut se mettre en place où des ressentis physiques banaux, à travers un traitement erroné de l'information sensorielle et des cognitions anxieuses, conduisent à un état de stress et d'anticipation anxieuse centrée sur la santé. Le ressenti subjectif et les plaintes liés aux phénomènes physiques inexplicables varient alors en fonction des événements de vie, et tendent à augmenter quand ceux-ci sont difficiles ou stressants.

La somatisation peut également

b) Représenter un style comportemental vis-à-vis de la santé et de la maladie : les phénomènes physiologiques inexplicables sur le plan médical (ou UPS: *unexplained physical symptoms*) font partie inhérente de la condition humaine et au moins 80% des personnes éprouvent au moins une fois par semaine des douleurs, des sensations d'inconfort digestif, des tensions musculaires et des phénomènes neurologiques sans explication médicale (Pennebaker, 1982). Le patient somatisant va présenter une amplification de l'expression de la douleur par la focalisation sur le symptôme ; sensation de perte de contrôle face au symptôme,

craintes excessives par rapport à l'évolution de la pathologie, par exemple d'une paralysie en cas de lombalgie, d'un cancer intestinal en cas de troubles digestifs bénins, ou d'une tumeur cérébrale en cas de céphalées. Ces pensées catastrophiques viennent à leur tour alimenter l'état de stress. Il existe par ailleurs souvent un aspect psycho-affectif : chez certains patients, la mise en avant de symptômes physiques et la demande d'examens, de soins somatiques peut se comprendre comme un effort d'échapper à une situation stressante ou trop exigeante, notamment chez les personnes qui n'osent pas ou ne savent pas dire "non" face aux demandes ou aux exigences de leur environnement. Dans un deuxième temps, l'attention et la sollicitude du médecin et des proches peuvent venir renforcer le comportement, et contribuer à une chronicisation.

c) Certains symptômes somatiques résulteraient d'un phénomène dissociatif (Von der Kolk et al., 1996) ; Servan-Schreiber et al., 2004) et seraient liés à une représentation produite par le système nerveux central en dehors de toute stimulation réelle, phénomène comparable par exemple aux douleurs d'un membre fantôme qui peut persister longtemps après l'amputation.

Approche sociale : le rôle du patient identifié dans son groupe social, notamment familial.

Certains chercheurs (Servan-Schreiber et al., 2000) décrivent des cas de familles qui ont traversé des crises importantes – deuils, difficultés matérielles, changements majeurs dans les conditions de vie – et qui désignent un de leurs membres comme porteur d'une "problématique", de sorte que des patterns d'interactions dysfonctionnelles durables s'installent autour des problèmes réels ou supposés de cette personne qui adopte progressivement un rôle de malade ou de déficient. Les interactions intra-familiales peuvent ainsi contribuer à une chronicisation des troubles et interférer avec le traitement.

T.C.C. des troubles somatoformes :

Comme nous l'avons vu, d'après les concepts actuels de la somatisation ce trouble résulte de l'association entre une vulnérabilité au stress et un stress perçu important, des stratégies de coping défaillantes et des cognitions dysfonctionnelles négatives qui aggravent l'état somatique. La thérapie repose essentiellement sur la restructuration cognitive afin de neutraliser le cercle vicieux de l'anxiété somatique et sur l'apprentissage de techniques de relaxation, à pratiquer en situation de repos et également en situation quotidienne. En fonction du profil individuel, des techniques d'Affirmation de Soi permettront d'améliorer les capacités sociales, et des stratégies de résolution de problèmes seront incluses dans la thérapie.

Il est important de discuter les obstacles au changement avec le patient, notamment des attentes excessives quant à la "guérison" de ses symptômes. Le patient doit progressivement admettre que ses symptômes ne pourront pas disparaître complètement, mais qu'il apprendra à les gérer et à les dédramatiser. Un programme comportemental structuré d'activités agréables permettra au patient de retrouver rapidement certaines activités qu'il avait perdues (activités physiques, sociales, de loisir) (Baker & Cinciripini, cité dans Last & Hersen, Eds., 1994).

3.2.5. Trouble douloureux

Epidémiologie

La douleur chronique est un motif de consultation extrêmement fréquent ; l'étude américaine du National Center for Health Statistics (2006) relève que 25% de la population est concernée par le problème ; 63% de ces patients ont consulté un MG et 38% ont consulté plusieurs professionnels de santé.

Définition et critères diagnostiques

Selon la définition du DSM IV TR du trouble douloureux, la douleur est au centre du tableau clinique et constitue la plainte principale du patient. Des processus psychologiques joueraient un rôle dans la sévérité de la douleur, qui n'est pas entièrement expliquée par des motifs somatiques. Les douleurs cancéreuses ne sont pas concernées ici. La douleur chronique sans aucun substrat somatique actuel ou passé est rare. La plupart des troubles douloureux se développent à partir d'une lésion, même minime ou ancienne ou guérie selon des critères objectifs. De multiples facteurs de chronicisation entrent en jeu lorsque les douleurs persistent ou deviennent rebelles malgré la résolution du problème organique. Un cas caractéristique est celui de la lombalgie chronique : affection difficilement identifiable et pour laquelle il n'y a pas de critères univoques, ni biologique, ni anatomique, ni radiologique, ni clinique, qui permettent à coup sûr à un observateur neutre de poser un diagnostic précis, sauf en présence de manifestations bien caractérisées comme les hernies discales.

Les comorbidités psychiques jouent un rôle important dans ce processus. Coste, Paolaggi & Spira, (1992) trouvent une pathologie psychiatrique selon DSM III dans 41% des cas de trouble douloureux : troubles de l'humeur et troubles anxieux – phobie sociale, agoraphobie, Etat de Stress Post-Traumatique. Les troubles de l'humeur sont 2 à 7 fois plus fréquents qu'en population générale, surtout la fibromyalgie, l'arthrite rhumatoïde et les dorsalgies présentent un taux de comorbidité de 18 à 55% avec l'EDM.

Le diagnostic du trouble douloureux est compliqué par le fait que le seul moyen

d'évaluation de la douleur est la parole du patient (qu'elle soit recueillie lors de l'entretien ou par le biais d'un instrument psychotechnique) et que cette évaluation nécessite obligatoirement du temps, alors que la durée des consultations en soins primaires est réduite. L'approche interdisciplinaire de la douleur, faisant intervenir un PSM et un algologue par exemple, reste rare. Afin d'optimiser la compréhension et la prise en charge de ces patients, la récente directive fédérale allemande pour la prise en charge des dorsalgies chroniques (Directive S3 Kreuzschmerz, 2013) conseille au médecin généraliste d'évaluer un éventuel trouble dépressif ou un stress pathologique, d'examiner les cognitions liées à la douleur, d'évaluer les tendances à somatiser les ressentis émotionnels, et d'évaluer les comportements passifs, hyperactifs ou suppressifs face à la douleur.

Grisart (cité dans Van der Linden & Ceschi, 2008) préconise l'utilisation d'entretiens structurés permettant au patient de s'exprimer sur l'histoire de son problème de douleur : l'évolution de son vécu douloureux, les hypothèses explicatives que le patient formule concernant sa douleur, ses attentes par rapport au traitement, ses réponses comportementales habituelles face à la douleur, ainsi que l'inventaire précis de ses activités – dans le domaine professionnel, social, sportif etc.

Okofuji et Ackerlind (2007) proposent un entretien structuré en 3 parties. Dans la première partie le médecin recherche des données biologiques et cognitives en relation avec la douleur. Le patient est invité à décrire son expérience personnelle de la douleur, les symptômes, les facteurs qui aggravent et améliorent la douleur, les déficiences fonctionnelles et leur impact dans sa vie quotidienne, ses croyances par rapport à la douleur, sa façon d'envisager l'avenir. La deuxième partie évalue les modifications diachroniques dans le fonctionnement psycho-social du patient: les capacités de résilience et les stratégies de coping du patient, l'historique psychopathologique, la motivation du patient pour le traitement et les éventuels obstacles au succès du traitement de la douleur. La troisième partie consiste en un examen psychosocial et mental approfondi.

Instruments d'évaluation de la douleur en soins primaires :

En France, on trouve deux questionnaires complémentaires: le Questionnaire de Douleur de Saint Antoine qui permet de décrire des aspects quantitatifs et qualitatifs de la douleur, en associant des mots au ressenti douloureux et l'Échelle du comportement douloureux qui permet d'évaluer le retentissement de la douleur sur la vie de la personne (Bouvard & Cottraux, 2010).

L'Echelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF est une des rares traductions françaises

d'un instrument psychotechnique anglo-saxon validé dans le domaine de la douleur chronique.

Recommandations de prise en charge :

La TCC s'est avérée efficace dans le trouble douloureux, en diminuant la détresse subjective et la fréquence et l'intensité des plaintes somatiques, en diminuant le coût de la prise en charge médicale et en améliorant de façon importante le niveau global de fonctionnement des patients (Allen et al., 2006; Arnold, De Waal, Eckhoft, & Van Hemert, 2006).

Conceptualisation cognitive du trouble douloureux :

L'approche bio-psycho-sociale permet de saisir quelques-uns des phénomènes complexes du processus de chronicisation ou d'invalidation. La théorie du Portillon (*Gate control theory*), formulée par Melzack et Wall dans les années 1960, propose l'existence d'un mécanisme de contrôle de la douleur dans la corne rachidienne dorsale permettant soit de faciliter soit d'inhiber le flux de l'information douloureuse périphérique. La perception douloureuse dépendrait ainsi de façon égale d'un influx "bottom up" (de bas en haut, de la périphérie vers le cortex cérébral) et d'un facteur "top down" (de haut en bas, du cortex vers la périphérie). Ce modèle soulignait déjà le rôle de facteurs psychologiques dans la perception douloureuse, comme l'état affectif et notamment l'anxiété, les anticipations concernant l'apparition et l'intensité de la douleur, l'attention, la motivation etc..., et préconisait de compléter l'approche chirurgicale et pharmaceutique de la douleur par une approche cognitive. Le double aspect sensoriel et affectif de la douleur a été précisé par les études de Bolles et Fanselow (1980) ; ces auteurs mettent notamment en relief le fait que la douleur – contrairement aux autres expériences sensorielles – a un caractère systématiquement aversif, qu'elle n'induit que des comportements d'évitement (retrait, fuite) et de réparation et qu'elle est étroitement liée au système de stress. Elle serait prise en charge, sur le plan neuropsychologique, par un système motivationnel archaïque comme la faim ou la soif.

Les schémas cognitifs contribuent à orienter l'attention et à sélectionner et mémoriser certains aspects de l'expérience perceptive et peuvent participer à une sensibilisation cognitive vis-à-vis de la douleur (Leventhal & Everhart, 1979). Les schémas cognitifs et les biais d'attention, de mémoire, d'interprétation et les distorsions cognitives qu'ils entraînent sont donc impliqués non seulement dans les troubles émotionnels, mais également dans les troubles douloureux (Grisart, 2001). Un exemple : la pensée catastrophisante ("si je ressens tel type de douleur au dos cela signifie que mon état s'est dégradé et que je serai bientôt

incapable de marcher”) contribue à augmenter la perception douloureuse et à aggraver l'impotence fonctionnelle.

Maier (2003) propose un schéma bidirectionnel du maintien de la douleur où des processus cognitifs et affectifs dysfonctionnels interagissent avec des mécanismes immunitaires et la libération de substances pro-inflammatoires, contribuant au maintien de la douleur aiguë et chronique.

On peut résumer ces notions sous la forme d'un cercle vicieux où des cognitions dysfonctionnelles et des évitements comportementaux contribuent à la chronicisation de la douleur:

- Une tendance aux pensées dysfonctionnelles catastrophisantes engendre de la peur et du stress.
- Les capacités de résilience et d'adaptation de la personne se dégradent sous l'effet du stress (“il suffit que j'arrête de monter et de descendre les escaliers, et mon genou ne me fera plus mal”), la personne adopte alors des stratégies d'évitement comportemental entraînant une diminution de la mobilité et une augmentation de la douleur.

Une approche pluridisciplinaire s'avère de loin la plus efficace, incluant le médecin généraliste, un PSM, un physiothérapeute et éventuellement un algologue.

T.C.C. du trouble douloureux :

Les interventions T.C.C. visent à corriger la sensation de perte de contrôle et les difficultés à faire face à la douleur, à améliorer les stratégies de résolution de problèmes et à améliorer le niveau de fonctionnement global du patient :

- la psycho-éducation cible les mécanismes douloureux, dans la mesure du possible en incluant la famille afin qu'elle ne renforce pas les comportements de maladie
- la restructuration cognitive vise à interrompre le mécanisme de focalisation sur le symptôme qui amplifie l'expression de la douleur,
- des techniques de gestion émotionnelle visent à aider le patient à prendre conscience de ses émotions, et à verbaliser ses pensées et sentiments par rapport à sa douleur,
- des techniques comportementales visent à réinvestir des domaines de la vie que le patient a abandonnés en raison de sa douleur.

Les interventions cognitives dérivent du modèle du *Gate control* et du schéma

bidirectionnel de Maier. La restructuration cognitive a pour objectif d'aider le patient à mettre à jour et à modifier ses schémas cognitifs dysfonctionnels et les biais d'attention, d'interprétation et de mémoire liés à la douleur -souvenirs d'événements douloureux, croyances concernant la douleur, anticipation qu'un mouvement, ou une activité, va déclencher une douleur insupportable (Turk & Meichenbaum, 1994). S'il ne considère plus ses douleurs comme insurmontables mais comme gérables, le patient sera moins démoralisé et passif, et adoptera une position davantage active, il deviendra acteur de sa santé.

L'approche comportementale vise à augmenter la tolérance vis-à-vis des activités physiques évitées et les capacités adaptatives par un programme d'activité physique individuellement adapté et l'augmentation d'activités agréables et constructives

Des techniques de relaxation et notamment la relaxation musculaire progressive selon Jacobson sont efficaces dans le trouble douloureux.

3.2.6. Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Parmi les troubles mentaux, les TCA occupent le troisième rang en termes de prévalence après l'EDM et les troubles anxieux. La prédominance féminine est forte, avec environ 1 homme pour 10 femmes (Fombonne, 1995).

On distingue principalement l'Anorexie Mentale et la Boulimie et leurs formes subsyndromiques, ainsi que des formes non-spécifiques qui ne remplissent pas tous les critères diagnostique et qui sont fréquentes.

3.2.6.1. L'anorexie mentale ou anorexia nervosa (AN)

Epidémiologie

La prévalence de l'anorexie mentale dans la tranche d'âge 15 - 19 ans est estimée entre 2‰ et 5‰. L'étude longitudinale de Lucas et al. (1991) porte sur l'incidence et la variation de l'AN aux E.U. sur une période de cinquante ans (1934-1984) ; ces auteurs observent une augmentation de la fréquence de l'anorexie mentale pendant cette période, dans la population des adolescentes de 15 à 24 ans, avec une fréquence accrue des formes modérées. Cette affection semble avoir été stable dans les populations de femmes plus âgées – âge supérieur à 25 ans – et chez les garçons. Les auteurs soulignent que le nombre d'hospitalisations pour anorexie mentale a augmenté et que le diagnostic est devenu plus précoce, mais que la prévalence globale n'a pas varié de façon significative.

En France, dans une pré-enquête dans la Haute-Marne qui portait sur environ 3 500 élèves,

Ledoux et al. (1991) retrouvent une prévalence de 1 % à 1,1 % pour la boulimie et autour de 0,1 % pour l'anorexie mentale. Les préoccupations corporelles concernent un tiers des jeunes filles : 20 % avaient des conduites de restriction et de jeûne sans répondre aux critères d'une pathologie déterminée selon le DSM-III-R, 3 % avaient des vomissements et des abus de laxatifs ou de diurétiques et près de 10 % présentaient une crise de boulimie hebdomadaire.

Définitions et critères diagnostiques

Identifiée initialement par Bruch (1973), elle se caractérise par une restriction alimentaire volontaire, avec une recherche continue de maîtrise de la sensation de faim, un amaigrissement et une aménorrhée, en l'absence de maladie mentale notamment d'ordre psychotique (Pham-Scottez, 2012), une perte de poids ou un défaut de prise de poids en période de croissance, aboutissant à un poids constaté inférieur de 15% au poids attendu. Il existe un déni de la gravité de la restriction ainsi que de la sévérité des symptômes et une perturbation du schéma corporel. Elle présente le taux de mortalité le plus élevé parmi les troubles mentaux (Steinhausen, 2002), avec un risque de mort prématuré douze fois plus élevé qu'en population normale ; 5% des patients atteints de AM décèdent chaque année. Aux EU, au début des années 2000, l'AN était la troisième maladie chronique en termes de fréquence chez l'adolescente, après l'obésité et l'asthme.

Les symptômes comportementaux de l'AN sont des conduites ascétiques visant un contrôle du poids : activité physique excessive, exposition au froid, purges, abus de coupe-faim, une perturbation des comportements au moment du repas (tri, lenteur excessive, découpage en bouchées de petite taille). Les symptômes émotionnels et cognitifs sont des ruminations concernant la teneur calorique des aliments, une culpabilité concernant toute prise alimentaire, une perturbation du schéma corporel avec une perception irréaliste des "rondeurs" : hanches, cuisses, ventre, bras..... Dans 50% des cas d'Anorexie Mentale, on observe une alternance de comportements restrictifs et boulimiques, avec épisodes récurrents de consommation rapide et excessive d'aliments préalablement évités (riches en glucides et lipides notamment), associés à des sentiments intenses de culpabilité et de dégoût de soi.

Modèles explicatifs

Selon le modèle bio-psycho-social, l'étiopathogénie de l'anorexie mentale est multifactorielle, avec des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques en étroite interaction avec des facteurs familiaux, environnementaux et socio-culturels comme l'avancée de l'âge d'apparition des règles et l'augmentation moyenne de la masse corporelle des jeunes femmes

dans les sociétés occidentales (Inserm Expertise collective, 2002; Stice, 1998; Corcos, 2000), les modèles identificatoires dans les médias favorisant la recherche de l'ultra-minceur, l'influence des réseaux sociaux sur la constitution de l'image de soi des adolescentes (Rousseau, Valls & La Roque, 2012), les habitudes de vie défavorables – changement des habitudes alimentaires par l'arrivée du fast food avec augmentation du nombre de calories moyen absorbé par repas, mode de vie sédentaire.

L'aggravation souvent rapide de l'état des patientes s'explique par un auto-renforcement biologique de la conduite de restriction alimentaire (Corcos et al., 2001) et des complications biologiques souvent sévères entraînant des répercussions scolaires, familiales, sociales et psychologiques qui, à leur tour, vont renforcer et perpétuer le comportement problématique. Le fait de s'affamer est fortement associé au repli social ; ce comportement de retrait aggrave la centration douloureuse sur soi en isolant les patientes des influences extérieures qui auraient pu diminuer leur préoccupation excessive de la nourriture, du poids et de la culpabilité (Fairburn, Cooper, Shafran, & Wilson, 2008) et entraîne souvent une dépression secondaire qui va parfois agir en tant que signe d'appel d'une AN déniée ou passée inaperçue.

3.2.6.2. La boulimie

Epidémiologie

Comme l'Anorexie Mentale, la boulimie concerne essentiellement les femmes, avec 1 homme pour 7 à 9 femmes (Carlat, Carmago, & Herzog, 1997).

Définitions et critères diagnostiques

La boulimie se caractérise par :

- 1) des épisodes récurrents d'alimentation excessive, pendant lesquels le sujet va consommer rapidement des quantités de nourriture dépassant nettement ce qu'une personne normale absorberait dans ce laps de temps et dans ces circonstances,
- 2) un sentiment de perte de contrôle, d'incapacité d'arrêter de manger pendant les épisodes d'hyperphagie. Des comportements de purge – lavements, vomissements, absorption de laxatifs et de coupe-faim... – sont destinés à compenser les prises alimentaires et empêcher la prise de poids. Les épisodes d'hyperphagie de la boulimie ne s'inscrivent pas dans un cadre de restriction alimentaire, comme dans l'anorexie-boulimie.

Comme la plupart des troubles psychopathologiques, les TCA se comprennent selon un

aspect dimensionnel s'inscrivant dans un continuum qui va de la normalité aux situations pathologiques, plutôt que sur un mode catégoriel qui risque d'être réducteur. Alors que dans les formes avérées la composante génétique est prévalente, dans les formes subsyndromiques, l'influence des facteurs environnementaux est plus forte.

Evaluation des TCA en soins primaires :

Les patientes consultent très rarement pour un trouble alimentaire, et vont même souvent nier sa présence : les patientes anorexiques dans l'objectif de maintenir leur comportement, les patientes boulimiques par un sentiment de honte. La diversité des symptômes et l'absence de plainte contribuent à expliquer pourquoi environ 50% des TCA vus en soins primaires ne sont pas diagnostiqués (Becker, Burwell, Gilman, Herzog, & Hamburg, 2002). Dans les cas de vomissements provoqués fréquents, c'est souvent le chirurgien dentiste qui détecte fortuitement le trouble, suite aux lésions de l'émail dues à l'acide gastrique (Milosevic, 1999).

Devant des facteurs de risque ou des symptômes évocateurs d'un TCA (fatigue, vertiges, une aménorrhée, une perte ou prise de poids, constipation, flatulences, gêne abdominale, brûlures thoraciques, maux de gorge, palpitations, polyurie, polydipsie, insomnie) (Williams, Goodie, & Motsinger, 2008), une investigation concernant les habitudes alimentaires auprès de la patiente et auprès de ses proches s'avère utile même si la patiente nie des comportements alimentaires problématiques.

Instruments psychotechniques des TCA :

Morgan, Reid et Lacey en 1999 proposent une évaluation rapide par ces 5 questions: "Est-ce que vous vous faites vomir parce que vous avez la sensation désagréable que votre estomac est trop plein? Avez vous l'impression d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez? Avez vous perdu 6 kilos ou plus en 3 mois? Pensez-vous être grosse alors que votre entourage vous dit que vous êtes trop mince? Diriez vous que la nourriture domine votre vie?"

Il existe plusieurs instruments validés permettant d'identifier et d'évaluer les comportements liés aux troubles alimentaires : l'Inventaire de la boulimie d'Edinburgh (Henderson et Freeman, in Bouvard & Cottraux, 2002), l'Echelle d'auto-évaluation de l'Anorexie Mentale (EAT, Garner et Garfinkel), l'Inventaire des troubles alimentaires 2 (Garner), L'Inventaire des troubles alimentaires (Eating Disorder Inventory 2 ou EDI-2), le TFEQ.

Si un TCA est suspecté, une exploration d'autres psychopathologies par un PSM est indiquée car les comorbidités sont la règle, notamment avec le trouble obsessionnel et compulsif (40%) (Matsunaga et al, 1999), l'EDM et les troubles de la personnalité (Pham-Scottez, 2012).

Conceptualisation neuro-psychologique et cognitive des TCA :

Dès 1985, Fairburn propose un modèle qui situe en amont du trouble alimentaire, une mauvaise estime de soi, engendrant une focalisation excessive de la personne sur son poids et son apparence physique, avec une auto-évaluation négative basée de façon exagérée sur des critères physiques de minceur et de poids. Suite à ces préoccupations exagérées, la personne va suivre des régimes excessifs, qui vont engendrer de la frustration et aboutir à des compulsions alimentaires. Un cercle vicieux s'installe car chaque étape renforce les autres : les compulsions renforcent la faible estime de soi et un sentiment de culpabilité, la personne cherche à lutter contre cette culpabilité en accentuant sa vigilance exagérée par rapport aux thématiques liés au poids et à la silhouette, et par une reprise du régime de manière même plus sévère.

Depuis, le modèle de Fairburn s'est enrichi, entre autres par une meilleure compréhension du rôle des effets biologiques de la dénutrition dans le maintien du trouble, ainsi que des effets du perfectionnisme pathologique et de l'influence sociale exercée par les médias et par les pairs sur l'image corporelle et sur l'estime de soi.

Selon Fairburn, Cooper et Schafran (2003), les facteurs psychologiques impliqués dans les TCA ne sont pas spécifiques, mais se retrouvent dans d'autres psychopathologies. On retrouve essentiellement une distorsion du schéma corporel, des schémas précoces inadaptés (idéaux trop élevés, exigences excessives, un perfectionnisme pathologique), des modalités d'auto-évaluation qui conduisent la personne à baser son estime de soi principalement sur sa perception de son poids et de son image corporelle, ainsi qu'une tendance à dépendre excessivement de l'image sociale plutôt que d'un sentiment intrinsèque de sa valeur en tant que personne.

La motivation de la patiente est l'élément central dans la prise en charge des TCA et constitue souvent un obstacle. L'anorexie mentale est souvent égocentrique, la patiente déniait la gravité des symptômes et cherchant à perpétuer la restriction alimentaire. La boulimie avec excès pondéral peut également s'accompagner d'un déni massif concernant les

quantités de nourriture absorbée (Andrieux, Gaudrat, Mariau & Mulliez, 2014).

L'environnement familial vient souvent renforcer les comportements problématiques, notamment par l'attention apporté au comportement problématique. Les patientes ont donc généralement des sentiments ambivalents par rapport au changement et une attitude empathique et compréhensive du praticien est la clé de voûte d'une relation thérapeutique efficace. Si le praticien propose une intervention qui ne correspond pas au stade motivationnel ou ne montre pas de compréhension pour l'ambivalence et les résistances au changement, il peut se trouver rapidement dans la position d'un "adversaire" qui remet (trop) en question des habitudes que la patiente cherche à maintenir malgré elle et un progrès thérapeutique devient impossible.

Certaines interventions visant à évaluer et à augmenter la motivation au changement sont facilement adaptables aux soins primaires : par exemple déterminer le stade motivationnel (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) et réaliser des entretiens motivationnels (Miller & Rollnick, 2013).

Une intervention efficace pour améliorer la relation thérapeutique consiste à séparer le problème et le reste de la personnalité de la patiente, à considérer le trouble alimentaire comme une entité perturbatrice et distincte pour pouvoir s'allier fortement à la personnalité "saine" de la patiente; praticien et patiente vont ensuite observer, discuter et contrecarrer ensemble les exigences excessives de ce "faux ami" qu'est l'Anorexie Mentale ou la boulimie (Shaefer & Routledge, 2003).

La T.C.C. des troubles alimentaires :

Elle est basée principalement sur l'interruption du schéma de cercle vicieux où des cognitions dysfonctionnelles entraînent des comportements alimentaires péjoratifs qui viennent à leur tour aggraver les croyances et émotions dysfonctionnelles. Les objectifs thérapeutiques sont :

1. Réduction des crises alimentaires et des vomissements
2. Rééquilibrage des apports alimentaires en dehors des crises
3. Réduction des cognitions dysfonctionnelles à l'égard du poids et de la silhouette.

Des exemples de protocoles de traitement cognitivo-comportemental efficaces des TCA sont

celui de Fairburn (Fairburn et al., 2008) et celui de Volery (2012) que nous décrivons brièvement :

L'étape 1 est constituée par l'évaluation initiale qui concerne le trouble alimentaire et les comorbidités psycho-pathologiques (dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité), la description de la ligne de base (IMC, nombre de repas, activité physique, mode de vie) et l'analyse fonctionnelle synchronique – mettant en évidence les facteurs déclencheurs de crises de boulimie ou de comportements de restriction alimentaire – et diachronique, nécessaire pour comprendre l'origine et le maintien d'un trouble alimentaire constituent la première phase de la thérapie.

La psycho-éducation concerne les liens entre les comportements alimentaires problématiques et des pensées et émotions liés aux situations de vie et liés à l'alimentation.

La fréquence des pesées est fixée à une fois par semaine et un plan d'alimentation est établi pour la semaine.

La patiente est initiée à l'auto-observation de ses pensées, émotions et comportements alimentaires ainsi qu'à celle des variations de l'image corporelle au cours de la journée et à leur consignation sur un carnet alimentaire ; cette auto-observation sera continuée tout au long du traitement.

Des techniques d'exposition et d'habituation visent à réintroduire les aliments évités.

L'étape 2 permet au praticien et à la patiente de discuter les résistances au changement et les difficultés observées lors de l'étape 1, d'adapter les objectifs en diminuant la difficulté afin que la patiente puisse réaliser des progrès, même minimes.

L'étape 3 cible les facteurs de maintien du trouble : sociaux (réactions de l'entourage), cognitifs (schéma corporel dysfonctionnel, attention visuo-spatiale) et psycho-affectifs (schémas précoces dysfonctionnels, troubles de la personnalité).

Les techniques utilisées comprennent notamment

- la restructuration cognitive : remettre en question la validité du schéma corporel erroné, modifier des biais cognitifs et notamment le perfectionnisme excessif, remettre en question des croyances irrationnelles concernant la peur de grossir ou de ne pas arriver à maigrir, gérer les pensées et l'anxiété au moment des pesées, la réattribution des causes du TCA
- l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes,.
- l'identification et le respect des sensations alimentaires telles que la faim, la satiété et l'envie de manger en fonction du profil précis du TCA.

L'étape 4 vise le maintien des nouveaux apprentissages, et la prévention des rechutes. L'évaluation des progrès thérapeutiques repose sur ce que dit la patiente, et également sur les

observations faites par les proches et les autres professionnels impliqués dans le traitement (MG, endocrinologue, diététicien, PSM), du niveau de fonctionnement global de la patiente (domaine professionnel/scolaire, activités sociales, humeur) et de données objectives (poids constaté, retour des règles).

Cas particulier des enfants et adolescents :

La dynamique familiale est un élément essentiel dans la constitution et le maintien d'un TCA chez le jeune et la famille proche doit être incluse dans le processus thérapeutique (Lock & le Grange, 2005). La collaboration avec un PSM est souvent indispensable pour élucider les facteurs relationnels en jeu et engager éventuellement une thérapie familiale. Ainsi, les symptômes du jeune peuvent servir à obtenir de l'attention de ses parents, à montrer un désarroi ou un manque affectif que le jeune ne parvient pas à verbaliser. Chez l'adolescent, l'opposition et le désengagement progressif par rapport aux parents, qui sont normaux et indispensables à cet âge, peuvent maintenir le comportement alimentaire problématique face à des attitudes parentales trop exigeantes ou rigides, ou, au contraire, trop floues et permissives. L'analyse fonctionnelle aide à mettre en évidence des interactions dysfonctionnelles entre les parents et le jeune, notamment des boucles de renforcement qui maintiennent le trouble.

L'apprentissage de techniques d'affirmation de soi, de gestion émotionnelle et de résolution de problèmes sont d'un apport efficace dans la T.C.C. du trouble alimentaire chez le jeune.

3.2.7. Troubles du sommeil

Epidémiologie

Les problèmes de sommeil sont un motif et un résultat de consultation très courant, environ 1 consultant en soins primaires sur 3 se plaint de la qualité ou de la quantité de son sommeil. Mais tous ne relèvent pas un diagnostic de trouble du sommeil. D'après des études récentes (Ohayon, 2007; Patinen & Hublin, 2005; Schochat, Umphress, Israel, & Ancoli-Israel, 1999) la prévalence se situe entre 6 et 15% dans la population générale avec une évolution chronique pendant au moins un an dans 85% des cas (Ohayon & Roth, 2003). Parmi eux, seul 20% seront correctement diagnostiqués et soignés (Ohayon, 2007).

Définitions et critères diagnostiques

Les troubles du sommeil comprennent les dyssomnies, qui sont des défauts de qualité et/ou de quantité du sommeil ou de ses cycles. Elles s'expriment par des difficultés à initier le sommeil, à le maintenir ou à le retrouver après un réveil nocturne et une somnolence diurne (DSM-IV-TR). Les parasomnies comprennent des événements physiologiques ou psychiques anormaux qui surviennent pendant le sommeil et le perturbent, sans que le mécanisme du sommeil lui-même ne soit en cause (Ohayon, 2007) : le syndrome des apnées obstructives du sommeil, souvent associé avec une insomnie ou une somnolence diurne, se retrouve pour environ 2 à 4% de la population générale. Le syndrome des jambes sans repos est présent pour environ 6% de la population générale, avec une prévalence plus importante chez le sujet âgé.

L'insomnie peut être une plainte isolée, sans lien avec une pathologie; c'est l'insomnie primaire. L'insomnie peut être secondaire, liée à :

- des pathologies somatiques : certains troubles cardio-vasculaires et broncho-pulmonaires, dysfonctionnements endocriniens comme l'hypo et l'hyperthyroïdie et un taux d'adrénaline trop élevé, des maladies rénales et de la vessie, le syndrome des jambes sans repos, l'apnée du sommeil, des affections entraînant des douleurs chroniques
- diverses substances : de nombreux médicaments et substances entraînent des insomnies passagères: certains anti-hypertenseurs (Clonidine®, Reserpine®), des bêtabloquants (Propranolol®), des bronchodilatateurs et décongestionnants, notamment la pseudoéphédrine ; certaines hormonothérapies et notamment contraceptifs oraux, l'hormone thyroïdienne, les sympathicomimétiques et certains anti-néoplasiques. Parmi les médicaments psychotropes, des études ont montré une action négative sur le sommeil de certains sérotoninergiques et benzodiazépines. Ils agissent en perturbant l'architecture du sommeil, c'est à dire la séquence et la durée des phases du sommeil et créent des insomnies notamment en début de traitement et au sevrage. Les substances telle la caféine, la théine, de nombreuses drogues illicites ainsi que l'alcool perturbent le sommeil ; Brower et al., (2001) observent que 60% des patients demandant une prise en charge pour un problème d'alcool rapportaient des troubles du sommeil. Inversement, le patient insomniaque a souvent tendance à utiliser l'alcool comme somnifère, inadapté.
- le mode de vie : le travail de nuit modifie le rythme chronobiologique et peut perturber durablement les rythmes veille-sommeil en fonction du chronotype du patient.
- des troubles mentaux : les associations entre troubles du sommeil et psychopathologies sont fréquentes et un trouble du sommeil chronique multiplie par 4 à 8 la probabilité de développer un trouble mental (Ohayon, 2007). La comorbidité la plus fréquente concerne les troubles de l'humeur uni et bipolaires. Les troubles du sommeil sont fréquents lors d'un Episode Dépressif

Majeur – jusqu'à 80% des patients dépressifs se plaignent d'insomnie, surtout de fin de nuit. Les périodes d'insomnie accompagnées d'un état d'excitation et d'hypervigilance font partie des manifestations cliniques d'un épisode maniaque ou hypomaniaque. L'insomnie accompagne fréquemment, et aggrave, les troubles anxieux, le déficit attentionnel notamment dans sa forme avec hyperactivité (TDAH), les troubles psychotiques, certains troubles de la personnalité, les abus de substances...

Les problèmes liés au sommeil ont donc des étiologies très variables dont l'exploration prend nécessairement du temps. En plus, comme nous l'avons vu, il est rare que le patient évoque spontanément un trouble du sommeil lors de la consultation. Ces deux facteurs expliquent pourquoi 4 patients insomniaques sur 5 restent sans diagnostic et sans traitement. Quand un trouble du sommeil est diagnostiqué et pris en charge en soins primaires, le traitement proposé sera dans la grande majorité des cas une pharmacothérapie exclusive. Dans leur communication sur la prise en charge de l'insomnie, Metten et Gras (2008) présentent les résultats de leur enquête auprès de généralistes français : 90% des hypnotiques sont prescrits par le MG : entre 5 et 7 % des Français consomment des hypnotiques au long cours et 35% des prescriptions d'hypnotiques sont hors AMM.

Recommandations de traitement des troubles du sommeil en soins primaires :

D'après la HAS (2006), la balance bénéfico-risque est en défaveur de la pharmacothérapie et elle recommande d'éviter de :

- prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique,
- associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques
- renouveler une ordonnance sans réévaluer la situation du patient
- méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique
- négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil (ronflements sonores, somnolence diurne, céphalées au réveil, excès de poids)
- prescrire un hypnotique en présence d'une pathologie respiratoire
- arrêter brutalement un traitement hypnotique.

La HAS et l'American Academy of Sleep Medicine recommandent les TCC comme thérapeutique de première intention. Metten et Gras (2008) soulignent que malgré l'intérêt aussi bien des MG que des patients, les T.C.C. restent mal connues en France et que des Formations Médicales Continues portant sur la thérapie cognitivo-comportementale des troubles du sommeil ne semblent pas avoir eu d'effet sur les croyances erronées des MG

concernant les troubles du sommeil.

Instruments psychotechniques

Une évaluation initiale de la qualité et quantité du sommeil est donc nécessaire, elle peut être facilitée par des instruments d'évaluation comme ceux utilisés par l'équipe du Centre du Sommeil et de la Vigilance, Hôtel Dieu de Paris (Choudat, Bayon) :

- Le Questionnaire des Troubles du Sommeil de l'Hôtel Dieu
- Le Questionnaire de Vis-Morgen et le PSQI évaluent la qualité de la nuit du patient
- L'Échelle d'Epworth évalue la somnolence
- Le Test de Ford présente l'intérêt particulier d'évaluer l'insomnie en réponse au stress

Conceptualisation cognitivo-comportementale de l'insomnie :

En 1991, Glovinsky et Spielmann proposent un modèle bio-psycho-social de l'insomnie. Quand un patient qui présente des facteurs prédisposants, par exemple un tempérament anxieux avec une hyperactivation mentale et physiologique et qui continue à traiter des informations sensorielles pendant la nuit, se trouve face à des facteurs déclenchants (douleurs, maladie, difficultés familiales, séparation, deuil) peut développer une insomnie aiguë qui ensuite pourra devenir chronique en présence de facteurs de maintien. Normalement, quand le facteur précipitant disparaît, l'insomnie devrait se résorber d'elle même, mais des facteurs de maintien contribuent à perpétuer le problème. Ces facteurs perpétuants sont par exemple les stratégies d'adaptation que le patient a mises en place pour se protéger contre le manque de sommeil (siestes dans la journée, diminution de l'activité) et des pensées dysfonctionnelles et inquiétudes excessives concernant le sommeil : " c'est terrible, je n'arrive toujours pas à dormir, je dois avoir un problème grave ; si je ne dors pas assez je ne serai pas performant pendant la journée, je risque de perdre mon job"

L'efficacité des TCC dans les troubles du sommeil est documentée par de nombreuses recherches. En France, Poirot et son équipe accueillent chaque année une centaine de patients insomniaques, dont la moitié environ est adressée par des MG, dans leur consultation spécifique "Troubles du sommeil et T.C.C." au CHRU de Lille. Leur étude clinique concernant environ 500 patients montre que l'adaptation individuelle des différentes étapes thérapeutiques à chaque cas clinique permet d'obtenir rapidement des améliorations significatives du trouble du sommeil (Poirot, 2015).

Déroulement d'une T.C.C. pour insomnie :

L'étape d'évaluation consiste à faire le bilan étiologique qui permet de déterminer s'il s'agit d'une insomnie primaire ou secondaire, à faire le point sur l'évolution du trouble, à repérer les parasomnies, à évaluer les comorbidités somatiques et psychiques et les médications précédentes et actuelles.

Déterminer la ligne de base permet de quantifier et de décrire précisément les problèmes ; actuels du patient ; la ligne de base constitue un premier point de comparaison qui permettra d'évaluer précisément les progrès thérapeutiques pendant et en fin de traitement. Elle fait habituellement appel à l'auto-observation sous forme d'un agenda du sommeil.

L'analyse fonctionnelle synchronique de l'insomnie comprend les habitudes comportementales (horaires du coucher, temps passé au lit, siestes, activités et consommations incompatibles avec le sommeil), les émotions et croyances liées au sommeil et les conséquences (troubles de l'humeur, anxiété, somnolence diurne, baisse des performances...).

Elle est complétée par l'analyse fonctionnelle diachronique qui retrace l'historique du trouble et son évolution dans le temps.

L'éducation thérapeutique vise à donner au patient des conseils d'hygiène de vie favorisant le sommeil: maintenir des horaires de sommeil réguliers afin de renforcer le rythme circadien ; éviter caféine, nicotine et alcool, en particulier à partir du milieu de l'après-midi, pratiquer une activité sportive régulière et modérée, en particulier en fin d'après-midi ou début de soirée, adapter la chambre à coucher à un bon sommeil : confortable, fraîche, protégée de la lumière et du bruit ; éviter la lumière forte lors des réveils nocturnes, remplacer les ampoules dans WC, le couloir ; limiter la prise de liquide après le dîner.

La restructuration cognitive vise à identifier et à modifier les croyances erronées concernant le sommeil et à diminuer l'anxiété de performance concernant la capacité à s'endormir.

L'approche comportementale est centrée sur le contrôle du stimulus et constitue un reconditionnement des stimuli liés au sommeil. Elle aide le patient à adopter les habitudes comportementales compatibles avec un sommeil correct sur le plan qualitatif et quantitatif : par exemple respecter la régularité des heures de coucher et de lever ; réserver le lit au sommeil et à l'activité sexuelle à l'exclusion de toute autre activité ; en cas d'insomnie éviter de rester couché pendant plus de 10 minutes mais plutôt se lever et s'engager dans une activité comme la lecture (pas d'écrans!) en attendant les signes de somnolence.

Les techniques de relaxation comme le training autogène de Schultz, la relaxation musculaire progressive et l'apprentissage de la respiration abdominale lente et régulière sont des interventions qui permettent au patient de diminuer le niveau d'excitabilité physiologique. Les techniques d'imagerie mentale constructive visent une réduction des soucis et une diminution de la fréquence de pensées intrusives. Ces approches augmentent le sentiment d'auto-efficacité du patient et constituent un complément thérapeutique indispensable. le progrès thérapeutique est évalué par l'agenda du sommeil, l'efficacité du sommeil, la polysomnographie, les échelles et questionnaires spécifiques au sommeil, la latence d'endormissement et les réveils après endormissement.

La TCC de l'insomnie est donc centrée sur trois objectifs :

- le contrôle du stimulus vise à éliminer les comportements d'éveil dans un lieu dédié au sommeil et à renforcer l'association entre sommeil et stimuli liés au sommeil : le lit est réservé à l'activité sexuelle et au sommeil ;
- la restructuration cognitive vise à diminuer les croyances erronées vis-à-vis du sommeil et l'anxiété de performance du patient par rapport à sa capacité à "dormir comme il faut".
- la restriction de sommeil est proposée si les approches précédentes ne sont pas suffisantes. Il s'agit d'une diminution du temps passé au lit, avec une consolidation du sommeil et une augmentation de la pression homéostatique du sommeil.

Le contrôle du stimulus, associé ou non à une autre technique et la restriction de sommeil sont considérés parmi les techniques les plus efficaces. Ces techniques s'insèrent dans un plan de suivi avec répétition des instructions, sur plusieurs séances, éventuellement prolongées par un rappel après quelques mois. Elles supposent une claire compréhension, une pleine adhésion et une bonne observance du patient. 70 à 80% des patients répondent au traitement, avec une réduction de moitié des symptômes d'insomnie et une augmentation de 45 à 60 minutes du temps de sommeil. Ces effets s'avèrent pérennes sur des délais de 6 mois à 2 ans après la fin des traitements (HAS, 2006).

L'association temporaire d'une pharmacothérapie par benzodiazépines s'avère efficace : soulagement rapide par la médication et traitement durable par la T.C.C.

3.2.8. Usage problématique de substances: le cas de l'alcool

La consommation d'alcool est un domaine où l'aspect dimensionnel des troubles

mentaux est particulièrement visible: il existe une transition progressive entre un usage individuellement et socialement réglé - seuls 2,5% des adultes français déclarent n'en avoir jamais bu -, une consommation à risque lorsque le buveur dépasse régulièrement le seuil fixé par l'OMS mais ne présente pas encore de signes pathologiques associés, une consommation péjorative pour la santé qui entraîne des signes manifestes de troubles somatiques et psychopathologiques, et enfin l'alcoolodépendance caractérisée par une consommation compulsive, une tolérance augmentée et des symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal.

Epidémiologie

En France, la prévalence au cours de la vie de la dépendance à l'alcool est de 8,9% : quasiment 1 français sur 10 est concerné par une dépendance psychologique et/ou physique à l'alcool; parmi eux, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes (Observatoire Français Drogues et Toxicomanies, 2002).

Définitions et critères diagnostiques

La consommation d'alcool préjudiciable à la santé s'évalue selon des signes manifestes de troubles que cette consommation a entraîné : troubles neurologiques qui peuvent aller d'un trouble léger de la mémoire épisodique aux syndromes gravissimes comme le syndrome de Wernicke-Korsakoff ou la dégénérescence cérébelleuse, des troubles psychologiques comme les troubles de l'humeur, une altération des fonctions exécutives avec notamment des déficits d'inhibition et de flexibilité cognitive et les difficultés psycho-sociales qui en résultent, des accidents liés à des comportements à risque, altérations importantes du fonctionnement socio-professionnel, et/ou troubles physiques comme les pathologies des voies aérodigestives et de l'appareil circulatoire (en co-responsabilité avec le tabagisme), cirrhose et cancers du foie, névrites, cancer du sein, HTA et AVC etc.

En alcoologie comme dans les autres troubles psychiques, le MG se trouve en première ligne du diagnostic et de la prise en charge. En France, le nombre des patients présentant un usage problématique ou une dépendance à l'alcool qui s'adressent à des centres spécialisés de cure ambulatoire est relativement modeste; ces patients sont vus prioritairement par leur médecin généraliste: par an, environ 90000 à 100000 personnes consultent une institution spécialisée de cure ambulatoire, alors que chaque semaine, plus de 90000 patients vus en soins primaires reçoivent le résultat de consultation "usage problématique d'alcool" (OFDT, 2002).

Le repérage et l'évaluation précoce permettent d'identifier les buveurs problématiques avant

l'installation d'une dépendance, et de motiver les personnes “à risque” de modifier leur comportement de consommation, notamment à travers une information et une psycho-éducation efficaces.

Instruments psychotechniques pour l'évaluation de la problématique d'alcool:

Une évaluation rapide de l'usage d'alcool devrait être effectuée chez chaque nouveau patient; elle peut être facilitée par l'emploi d'un instrument psychotechnique spécifique validé, par exemple

- le questionnaire DETA en 4 questions (Diminuer? Entourage? Trop? Alcool?) qui évalue l'opinion du patient et de son entourage par rapport à la quantité d'alcool consommée, ainsi que le besoin de boire tôt le matin pour se sentir en forme. Il concerne la vie entière;
- le questionnaire AUDIT dont il existe une version longue en 10 questions, une version courte en 3 questions, évalue le comportement de consommation sous des aspects qualitatifs et quantitatifs au cours des 12 derniers mois
- le questionnaire FACE en 5 questions.

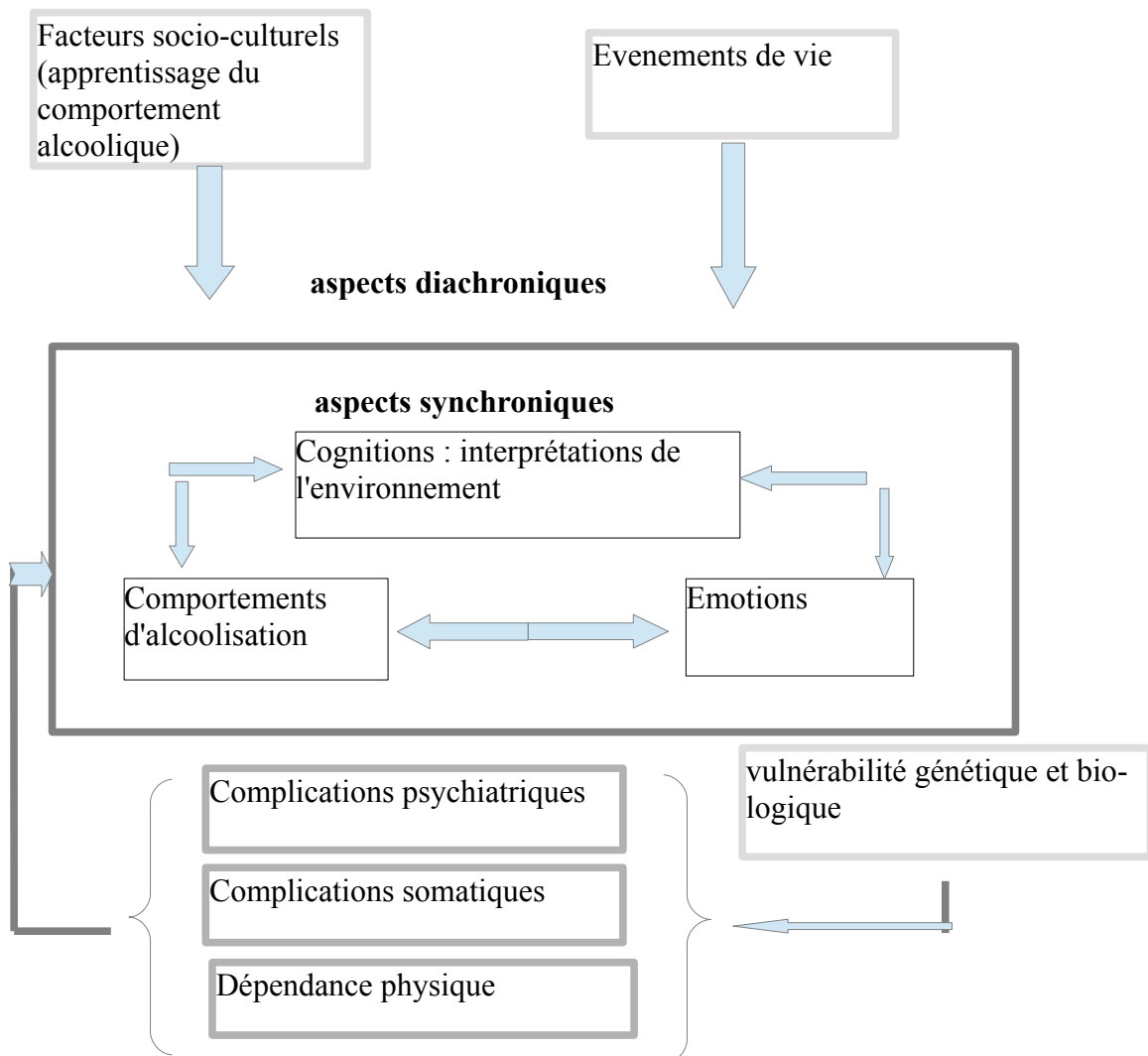
L'AUDIT et le FACE différencient les seuils de consommation problématique chez l'homme et chez la femme.

Si le résultat à ces tests de dépistage s'avère positif, un examen d'évaluation approfondi est nécessaire.

Conceptualisation bio-psycho-sociale de l'abus d'alcool:

Des facteurs socio-culturels et développementaux, des événements de vie et des facteurs génétiques et biologiques contribuent à déterminer la vulnérabilité par rapport à la consommation problématique:

Figure 7: Différents facteurs intervenant dans le risque de développer un usage problématique d'alcool



Comme c'est le cas dans d'autres psychopathologies, la présence de facteurs de vulnérabilité génétiques et biologiques augmente le risque de développer une forme grave du trouble, avec dépendance physique, pathologies somatiques et psychiatriques. Différents facteurs psycho-sociaux peuvent faciliter le passage d'une consommation individuellement et socialement réglée vers une consommation problématique puis une dépendance, certains mécanismes sont communs à d'autres addictions avec ou sans substances:

- Il s'agit de facteurs internes, par exemple
 - des déficits cognitifs liés à des facteurs génétiques ou à des perturbations du développement psychologique de l'enfant, comme un déficit sur le plan des fonctions exécutives, un manque de souplesse cognitive, une difficulté à inhiber des pensées et comportements devenus inadaptés,
 - l'impulsivité cognitive et comportementale;
 - l'anxiété;
 - la présence, en mémoire à long terme, de schémas cognitifs d'association entre alcool et émotions agréables, qui créent une anticipation positive envers les effets de l'alcool et favorisent des comportements automatisés de recherche de plaisir;
 - des biais attentionnels susceptibles d'orienter l'attention de façon préférentielle vers les thématiques liées à l'alcool, laissant peu de choix à la personne de penser à autre chose; la tolérance à l'alcool;
- de facteurs externes, comme des difficultés familiales ou professionnelles

Selon Cloninger (1987), des traits de personnalité comme l'impulsivité, la recherche de stimulations fortes et de sensations hédoniques précèderaient l'alcoolisation. Cloninger distingue 2 types d'abus d'alcool: le type 1 ou alcoolisme de milieu s'observerait chez des personnes, hommes et femmes, ayant conservé pendant des années une consommation contrôlée, qui auraient une tendance à éviter les dangers et la nouveauté et qui seraient davantage sujets à la dépression et aux troubles anxieux. Le type 2 concerne exclusivement les hommes, et se caractérise par une augmentation de consommation rapide dont le patient, avec une personnalité impulsive et présentant des traits antisociaux, perd le contrôle précocément, souvent avant 25 ans.

Selon ce concept, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux qui présentent une comorbidité de 50 à 60% avec l'alcoolisme seraient des effets, plutôt que des causes, de l'alcoolisation, et agiraient en facteurs de maintien plutôt qu'en facteurs déclenchants du

trouble.

Récommandations de traitement de l'alcoolisme en soins primaires:

Les objectifs du traitement de l'usage problématique d'alcool sont différents chez le consommateur à risque et problématique, chez qui une diminution de la consommation suivi d'un maintien de la consommation à un niveau modéré est possible, et la personne alcoolodépendante qui devra maintenir une abstinence complète après sevrage. Les traitements incluent la pharmacothérapie - le Baclofène ayant obtenu une Recommandation d'Utilisation Temporaire en Mars 2014 dans cette indication -, le sevrage somatique si une dépendance est diagnostiquée, et différentes approches psychothérapeutiques. Les psychothérapies motivationnelles et les TCC de durée moyenne (supérieure à 5 séances) se sont avérées les plus efficaces dans l'amélioration des symptômes et le maintien de l'abstinence, l'inclusion de la famille dans la psychothérapie augmentant significativement la motivation du patient (INSERM, 2004).

T.C.C. et usage problématique d'alcool:

L'entretien motivationnel selon Prochaska et DiClemente, adapté par Freeman & Dolan (2001) permet d'identifier le stade motivationnel du patient, préalable à toute décision thérapeutique: est-ce que le patient réagit à une pression extérieure, tel un ultimatum posé par le conjoint, une obligation de soins prononcée par un juge, une nécessité médicale à laquelle il se plie sans motivation intrinsèque? Est-ce que le patient a pris une décision personnelle pour améliorer sa qualité de vie?

Une psychothérapie efficace de l'usage problématique d'alcool repose ensuite sur une description détaillée de la consommation actuelle, en quantité et en type de boissons consommées (ligne de base), et sur une analyse fonctionnelle précise, pour déterminer les stimuli activateurs, les schémas cognitifs dysfonctionnels liés à l'alcool, les croyances anticipatoires soulageantes concernant l'alcool et les pensées permissives irréalistes, ainsi que les comportements automatiques de consommation.

Selon le modèle de Pelc, cinq facteurs peuvent déclencher l'envie de consommer:

- le plaisir gustatif et l'habitude, qui sont fortement dépendants de comportements automatisés et difficiles à modifier;
- des facteurs sociaux liés à l'imitation et aux contextes sociaux de consommation alcoolique;
- des facteurs de dépendance physique;
- les états anxio-

dépressifs qui entraînent une consommation sédatrice ou anxiolytique; - la recherche d'un effet stimulant.

Une fois l'envie déclenchée, des facteurs cognitifs comme des anticipations positives concernant l'effet de l'alcool, et des pensées permissives vont favoriser la consommation et influencer l'interprétation de l'effet perçu :

Envie de consommer → croyance permissive → Comportement d'alcoolisation → effet perçu :

- effet social (convivialité, moment festif agréable)
- effet psychologique (diminution passagère de l'anxiété, désinhibition, amélioration des affects dépressifs)
- effet sensoriel (goût, aspect, odeur) ou effet antalgique.

Les techniques cognitives et comportementales viseront à modifier progressivement les croyances dysfonctionnelles et les anticipations permissives liées à l'alcool, ainsi qu'à diminuer les comportements automatisés et à favoriser les comportements moins conditionnés, plus réfléchis et constructifs.

3.3. Apports cognitivo-comportementaux en soins primaires de quelques problèmes de santé somatiques

Selon le modèle bio-psycho-social, la plupart des maladies somatiques présentent une étio-pathogénie multifactorielle. Nous appuyant sur les concepts de la médecine comportementale, nous allons présenter quelques tableaux cliniques où la coopération entre MG et un PSM apporte une efficacité clinique significative, le PSM abordant les aspects psychologiques et sociaux associés aux pathologies somatiques. Le protocole de Belar et Deardorff (2009) permet de concentrer l'évaluation et les interventions psychologiques sur des domaines spécifiques en fonction de la pathologie somatique.

Le mode de vie devient de plus en plus fréquemment la cause de mauvaise santé :

- Les maladies liées au tabagisme (cancer, maladies cardio et cérébro-vasculaires et maladie des poumons) sont la cause, en 1998, de plus de quatre millions de décès dans le monde, plus de 500 000 en Europe et environ 60 000 en France, ce qui correspond à plus d'un décès sur neuf.

- Face à une diminution globale de l'impact des maladies infectieuses dans les pays industrialisés, les conséquences des comportements sexuels à haut risque restent problématiques et on note une incidence croissante des maladies chroniques non transmissibles telles que les maladies cardiaques et le diabète, ainsi que de l'abus de drogues et notamment d'alcool, de la violence et des accidents de la route (Communication de la commission européenne, 2002).

D'après de nombreuses études, l'apport calorique excessif, le tabagisme et le manque d'activité physique ont des effets négatifs sur la santé (Prasad & Das, 2009) et nous présentons des approches thérapeutiques adaptés aux soins primaires qui peuvent aider les patients à modifier leurs comportements.

3.3.1. Apport calorique excessif

Les manifestations cliniques d'un apport calorique excessif, associé à une dépense énergétique insuffisante, sont principalement l'excès pondéral, une augmentation des Low Density Lipoproteins (LDL) et des triglycérides sériques, une cholestérolémie et une tension artérielle augmentées.

En France, 15% des adultes, 20% des enfants et adolescents sont concernés par l'excès pondéral. Il contribue aux maladies métaboliques chroniques (diabète de type 2, obésité), aux maladies cardio-vasculaires et néoplasiques. L'excès pondéral s'accompagne fréquemment de troubles musculo-squelettiques, notamment d'arthrose et de lombalgies (Haslam & James, 2005) ; il aggrave l'apnée du sommeil et peut contribuer, par ce biais, à des troubles cognitifs. Des études ont montré une corrélation positive entre apport calorique excessif, cholestérolémie élevée et dépression (Bonnet et al., 2005). Le mécanisme à l'oeuvre dans l'effet pathogène du tissu adipeux semble provenir de son infiltration par des cellules pro-inflammatoires du système immunitaire, provoquant des perturbations dans les échanges métaboliques avec les tissus d'autres systèmes.

L'apport calorique excessif n'est pas systématiquement dû à un trouble du comportement alimentaire, selon les critères diagnostiques des TCA. Il peut s'agir d'habitudes acquises, renforcées par l'environnement et les circonstances de vie, sans psychopathologie sous-jacente. Par contre, dans tous les cas une évaluation exhaustive des comportements alimentaires et de l'activité physique, ainsi qu'un travail motivationnel approfondi et prolongé

sont nécessaires pour obtenir des modifications comportementales efficaces et durables.

Selon le modèle bio-psycho-social l'apport calorique excessif est d'origine multifactorielle :

- Parmi les facteurs environnementaux et sociaux on peut citer des habitudes alimentaires familiales et plus généralement les habitudes de vie modifiées : depuis 30 ans, un nombre de plus en plus important de repas est pris en dehors du domicile et cela concerne autant les adultes que les jeunes ; fast food et sodas, constituant une alimentation déséquilibrée et trop riche en calories "vides", ont gagné du terrain.

- Parmi les facteurs biologiques, ont été étudiés récemment, entre autres, une prédisposition génétique pour l'excès pondéral, les effets du stress, des substances comme des polluants et certains médicaments, la composition de la flore intestinale.

- Les facteurs psychologiques : les personnes qui ont tendance à réagir de manière impulsive lorsqu'elles sont confrontées à des émotions ou des événements indésirables peuvent également avoir une tendance à l'hyperphagie incontrôlée. Dans leur étude portant sur les troubles du comportement alimentaire et les traits de personnalité de jumelles, Racine et al. (2015) trouvent une association significative entre une tendance à réagir de manière impulsive face à des émotions négatives et des épisodes d'hyperphagie incontrôlée, traduisant des troubles dans le contrôle comportemental sur la prise alimentaire en cas de contrariété. "La suralimentation pourrait représenter une sensibilité accrue aux effets de récompense de la nourriture dans le contexte des émotions négatives » (Racine, 2015).

En soins primaires, devant des signes d'appel, le médecin généraliste peut évoquer avec son patient la question des habitudes alimentaires ; il existe des auto-questionnaires qui facilitent l'évaluation de la consommation calorique et de l'activité physique (WAVE et REAP, non-encore traduits en français) (Gans et al, 2003).

Une conceptualisation du cas individualisée, avec une évaluation de ces facteurs bio-psycho-sociaux ainsi que du mode de vie, réalisée en coopération étroite avec le patient, est l'élément-clé dont dépend la réussite thérapeutique. Le projet de modification comportementale comporte des stratégies adaptées individuellement au patient et vise une augmentation des comportements de santé et une diminution des comportements nocifs.

Le médecin généraliste peut :

- Motiver son patient pour l'auto-observation au quotidien de certains comportements-cibles,

il peut l'aider à se fixer un nombre limité d'objectifs concrets, précis et réalistes,

- Apprendre à son patient des stratégies de résolution de problèmes qui l'aideront à générer lui-même des alternatives comportementales,
- L'aider à identifier et à éliminer les stimuli liés aux comportements péjoratifs, il peut aider son patient à identifier les personnes et les situations sociales susceptibles de soutenir ses efforts.
- Enseigner des techniques de gestion du stress.

Martin et al. (2006) ont montré l'efficacité de tels entretiens motivationnels réalisés par le médecin généraliste, en séances répétées de 15 minutes. Le généraliste est particulièrement bien placé pour assurer ces entretiens motivationnels, dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et en coopération étroite avec d'autres professionnels (nutritionniste, addictologue, PSM, endocrinologue...). De par son rôle essentiel dans l'aspect diachronique du soin, le MG sera l'interlocuteur privilégié pour la prévention des rechutes et le maintien des résultats à long terme. L'évaluation des résultats thérapeutiques portera d'une part sur les changements que le patient a apporté à ses comportements de santé, et d'autre part sur des marqueurs biologiques.

3.3.2. L'Hypertension Artérielle (HTA)

Troisième facteur de risque associé au décès prématuré (Campbell et al., 1999), l'HTA est extrêmement fréquente en médecine de ville ; qu'elle soit primaire (d'étiologie inconnue) ou secondaire, des facteurs variés contribuent à l'HTA. Selon le modèle bio-psycho-social, en plus des facteurs biologiques tels que l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique et les comorbidités somatiques, les habitudes de vie, la présence ou le manque de soutien social, la présence de stressseurs environnementaux chroniques, les facteurs de personnalité tel une personnalité de type A sont susceptibles d'intervenir dans l'étiopathogénie de l'HTA.

Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires qu'en population générale (Rozanski et al., 1999), même si le mécanisme pathogénique n'est pas élucidé : l'anxiété peut conduire la personne à adopter des habitudes de vie défavorables comme la consommation d'alcool, le tabagisme, les excès alimentaires... qui feront augmenter la TA, ou l'anxiété peut faire augmenter la TA par le biais du système neuro-endocrinien. Chez le patient hypertendu, la recherche et l'évaluation d'un éventuel

trouble anxieux est donc nécessaire.

Le soutien social est un facteur stabilisateur de la tension artérielle (Carels, Blumenthal & Sherwood, 1998) : les personnes qui sont satisfaites de leur environnement social, qui ont le sentiment de pouvoir compter sur le soutien et sur l'aide de quelques proches dans des moments difficiles ont des stratégies de gestion du stress plus efficaces et une TA plus basse.

3.3.3. L'Asthme

L'asthme se caractérise par des épisodes de broncho-constriction ; le traitement médicamenteux vise deux objectifs : maintien à moyen/long terme de l'état des tissus respiratoires par des anti-inflammatoires (corticoïdes) et traitement de l'épisode constrictif aigu par inhalation de bronchodilatateurs.

Selon le modèle bio-psycho-social, il existe une importante comorbidité entre l'asthme et certains troubles anxieux (Trouble panique, agoraphobie, anxiété sociale, anxiété de performance), avec risque de cercle vicieux entre les deux affections :

La proximité symptomatique de la crise d'asthme avec l'attaque de panique, notamment par la sensation de constriction thoracique, peut amener le patient à confondre une Attaque de Panique avec une crise d'asthme et augmenter inutilement l'usage de bronchodilatateur

L'un des effets secondaires du bronchodilatateur est d'être anxiogène, d'où la possibilité d'installation d'un cercle vicieux. L'éducation thérapeutique du patient est donc essentielle. Elle vise à améliorer la compréhension par le patient de certains mécanismes impliqués dans l'aggravation des crises :

- améliorer l'adhésion aux comportements de santé; notamment respect du traitement anti-inflammatoire à long terme
- informer que le bronchodilatateur a un effet anxiogène passager
- apprendre à distinguer symptômes de l'AP et symptômes de la crise d'asthme
- apprendre à anticiper les moments difficiles, les situations au quotidien susceptibles d'augmenter l'anxiété (anxiété sociale expliquerait 40% des aggravations aiguës)
- augmenter la tolérance vis-à-vis des sensations proprioceptives respiratoires
- s'entraîner à la respiration abdominale lente afin de augmenter teneur CO₂ dans le sang circulant ce qui diminue la réponse de stress

3.3.4. Diabète de Type 2

C'est une maladie chronique aux conséquences potentiellement gravissimes (cécité, défaillance rénale, amputations) nécessitant une modification radicale et durable des habitudes de vie (alimentation, tabagisme, activité physique).

Dû à un dérèglement au niveau de la production (type 1) ou du métabolisme (type 2) de l'insuline, il se caractérise par une hyperglycémie que le patient doit contrôler en adoptant des comportements de santé (régime alimentaire, médicaments, surveillance médicale) de façon régulière et durable dans le temps.

L'élément essentiel est donc la motivation au changement par des entretiens motivationnels et l'entraînement aux comportements de santé. Le système de récompense doit être pris en compte également, comme chez le patient en surpoids : les efforts alimentaires demandés au diabétique le privent habituellement de certains moments de plaisir et notamment de ces aliments riches en lipides et en sucres qui sont un remède anti-stress au quotidien. Explorer avec le patient ses "aliments-récompenses" habituels permet de lui proposer des aliments alternatifs, de diminuer sa frustration alimentaire et de pérenniser ses efforts. En Allemagne, une approche basée sur l'apprentissage de nouveaux comportements alimentaires et sur l'éducation thérapeutique intensive est utilisée depuis les années 1970. Après le diagnostic, les diabétiques insulino-dépendants effectuent un séjour de deux à trois semaines, si possible en présence de leur conjoint, dans des cliniques spécialisées afin d'apprendre les éléments-clé de leur nouvelle routine de vie : horaires des repas et des injections, apprentissage des signes avant-coureurs d'une crise d'hypoglycémie, activité physique planifiée, cours de diététique, familiarisation avec les produits alimentaires dédiés. Le MG poursuit ensuite l'encadrement du patient dès sa sortie de clinique. Sur le marché alimentaire allemand, les produits dédiés aux diabétiques sont très nombreux (dans tous les supermarchés, on trouve des rayons consacrés aux confiseries, confitures, pâtisseries etc. à base d'édulcorants de synthèse, et l'étiquetage de tous les produits alimentaires indique la valeur en hydrates de carbone par 100 g de produit). Cette approche facilite l'autonomisation des patients et soutient la motivation à respecter le régime, car le patient peut se faire plaisir de façon responsable.

3.3.5. Les acouphènes

Ces troubles de l'audition, qui se caractérisent par la perception, par le patient, de bruits persistants sans source externe, souvent de type sifflements, chuintements ou bourdonnements. Il s'agit d'un phénomène courant qui peut s'avérer invalidant: 25% de la population ont déjà perçu des acouphènes, 10% perçoivent des acouphènes gênants réguliers; entre 5 et 7 % se sentent suffisamment gênés pour consulter; 1 % considèrent que l'acouphène constitue un handicap, et 0,5% considèrent qu'il constitue un handicap ne permettant pas de mener une vie normale.

Comme dans le cas des douleurs chroniques, une lésion mineure à différents niveaux des voies auditives est souvent présente, sans pour autant expliquer l'intensité de la gêne produite et des répercussions sur l'humeur et l'état général du patient.

Les traitements médicamenteux (le Rivotril par exemple) ont des effets inconstants, et l'effet placebo serait de l'ordre de 30% dans cette affection. Les traitements physiques comprennent les implants cochléaires qui masquent l'acouphène chez le normo-entendant, l'électrostimulation, des générateurs de bruits de masquage - bruits blancs - ou d'ambiance afin de favoriser l'habituation.

Les TCC présentent une bonne efficacité dans l'approche psychothérapeutique des acouphènes, par la combinaison de techniques comportementales et cognitives:

- l'entraînement à la relaxation musculaire progressive selon Jacobson permet au patient d'apprendre à relâcher volontairement certains groupes musculaires dont l'état de tension chronique peut amplifier le phénomène;
- l'exposition progressive à différents types de stimuli auditifs diminue la réponse de stress;
- la restructuration cognitive vise d'une part à identifier et à modifier des pensées dysfonctionnelles catastrophisantes liées aux acouphènes (“si je perçois des bruits qui n'existent pas ça signifie que je deviens fou”; “les acouphènes vont empirer et je deviendrai sourd”) et, d'autre part, à abaisser le seuil de réactivité émotionnelle et la focalisation sur le symptôme (Peignard, 2008).

3.4. L'Enfant et l'Adolescent

La plupart des psychopathologies affectant l'adulte et notamment les troubles anxieux et les troubles de l'humeur ont des points de départ précoces et se trouvent donc chez le jeune avec des formes d'expression spécifiques à la période de l'enfance et de l'adolescence, comme

l'anxiété de séparation et la phobie scolaire. Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont une réalité clinique dont la fréquence et l'impact sur le bien être et le développement des enfants sont sous-estimés en France.

Sans prise en charge, la plupart va évoluer vers une chronicisation et persister à l'âge adulte, alors qu'avec un traitement adapté, une guérison sans séquelles est souvent possible.

D'autres troubles mentaux ont un caractère développemental et sont habituellement diagnostiqués durant l'enfance ; les Troubles développementaux altèrent certains aspects du développement neuropsychologique de l'enfant et se caractérisent par des anomalies dans la mise en place des réseaux neuronaux spécialisés de certaines grandes fonctions cognitives. A titre d'exemple : Les troubles du spectre autistique affectent avec des degrés de gravité variables mais toujours profondément et durablement la communication et la sociabilisation, les Troubles des Apprentissages entraînent des difficultés caractéristiques et durables au niveau de l'acquisition de la parole (dysphasie), de la lecture (dyslexie), du calcul (dyscalculie) ou de l'organisation gestuelle et des habiletés praxiques (dyspraxie), les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité motrice (TDA/H) impactent la capacité de l'enfant à se concentrer sur certaines activités, et à contrôler leur attention.

Le diagnostic et la prise en charge s'avèrent souvent délicats, en raison des manifestations cliniques qui varient en fonction du stade développemental de l'enfant. Par ailleurs, certaines difficultés psychologiques font partie du développement normal de l'enfant (peurs, rituels) et une investigation approfondie est souvent nécessaire pour distinguer une gêne passagère et normale d'un trouble en voie d'installation. La distinction se fera par rapport à un critère de gravité donc de répercussion du trouble sur la vie quotidienne de l'enfant, et de durée. Les TCC ont démontré leur efficacité dans de nombreux domaines chez l'enfant et l'adolescent (Vera, 2009). Elles s'adressent aux conduites anxieuses, dépressives ou inadaptées quand celles-ci sont devenues un mode d'expression habituel chez le jeune qui lui pose des problèmes dans la vie quotidienne. L'objectif de la thérapie cognitive et comportementale chez le jeune n'est en aucun cas de suradapter l'enfant à son environnement ou de supprimer temporairement des problèmes passagers mais de l'aider à modifier des pensées et des comportements qui limitent son développement intellectuel, affectif et social.

L'approche cognitive et comportementale constitue notamment une voie privilégiée vers la compréhension et le traitement de nombreuses douleurs physiques sans explication

médicale chez l'enfant. La douleur ou gêne physiologique constitue un mode d'expression émotionnelle chez le jeune, et la TCC aide l'enfant de devenir plus autonome dans la gestion de ses émotions et comportements. Les liens entre événement, ressentis et pensées liés à cet événement et l'apparition d'une douleur physique peuvent être tout à fait compris par l'enfant, quand le praticien s'adapte à son niveau de développement affectif et intellectuel.

Dans de nombreux pays, notamment au Canada, dans les pays scandinaves, en Angleterre, aux Etats Unis, en Suisse, Autriche et en Allemagne, l'évaluation des troubles dépressifs, de nombreux troubles anxieux, du TDAH, des troubles du spectre autistique, des troubles spécifiques des apprentissages fait partie intégrante des soins primaires et les circuits de prise en charge font appel à des réseaux pluridisciplinaires intégrant des PSM spécialisés en TCC pédiatrique.

3.5. Initiative française pour améliorer la prise en charge des troubles mentaux en soins primaires : Le référentiel métier du Collège National des Généralistes Enseignants (2009)

En France, comme nous l'avons vu, les médecins généralistes français sont peu formés aux troubles mentaux, avec un volume horaire dans le domaine de la psychopathologie qui est très réduit par rapport à la prévalence des troubles mentaux en soins primaires ; les T.C.C. sont quasiment absentes de la formation initiale. La collaboration entre intervenants en soins primaires et professionnels de santé mentale ne fait pas l'objet d'un enseignement particulier et l'absence de langage scientifique commun contribue à diminuer la fréquence et l'efficacité des échanges.

A l'international, la formation initiale en psychopathologie est globalement relativement réduite en volume, mais dans de nombreux pays des notions cognitivo-comportementales font partie intégrante de l'enseignement de la sémiologie, du diagnostic et de la thérapie des troubles psychiques. Les futurs médecins généralistes sont ainsi mieux préparés qu'en France à la prise en charge intégrée des patients en fonction de leur profil bio-psycho-social, avec une collaboration étroite entre MG et PSM spécialisé en T.C.C.

Les principaux axes d'amélioration de la prise en charge des troubles mentaux en soins

primaires sont

- la formation aux psychopathologies et psychothérapies, adaptée aux soins primaires
- l'intégration des soins et la coopération entre MG et PSM.
- En 2009, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) formule un référentiel métier et compétences des Médecins généralistes ; ce référentiel contribue à structurer la formation médicale initiale en France, un de ses objectifs est d'adapter la formation théorique et pratique aux situations cliniques caractéristiques des soins primaires (Référentiel Métier / Compétences du MG 01/06/2009). Il constitue également une initiative pour améliorer diagnostic et prise en charge des troubles mentaux en soins primaires.

D'après ses auteurs, le référentiel décrit 16 situations de soins types qui :

- font partie du cœur de métier du médecin généraliste,
- représentent une variété suffisante de situations,
- représentent des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un médecin généraliste peuvent permettre d'inférer que ce médecin est compétent,

Plusieurs séances peuvent être utiles et/ou nécessaires pour réaliser les tâches et rôles professionnels décrits dans chacune de ces situations cliniques.

En dehors des premières consultations, la relation médecin – malade se construit au fil du temps à partir de l'expérience commune de résolution de problèmes et constitue la toile de fond sur laquelle se greffent les démarches décisionnelles proposées ici.

Dans la mesure où il s'agit de gérer des situations complexes, plusieurs attitudes décrites dans ce référentiel sont par nature susceptibles d'être valides pour répondre à ces situations problèmes. (Le référentiel complet constitue l'annexe 7).

L'ouvrage collectif qui vient d'être publié par le Syndicat Français des Médecins Généralistes (SFMG, 2015) décrit "41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline" de médecine générale. L'un des auteurs, le Dr Kandel, médecin généraliste et ancien président de la Société française de médecine générale, estime que cette réflexion, peu abordée dans les études médicales, est essentielle pour guider les pratiques. "Les jeunes médecins et en particulier les internes en médecine générale, ne connaissent pas les concepts utiles pour travailler sereinement. J'en fais le constat avec tous les internes que j'accueille. Il y a une lacune sur les fondements théoriques de l'exercice du généraliste". Il s'agit de définir les spécificités de

l'exercice : la continuité des soins, la prévention quaternaire, la relation médecin-malade ou encore la démarche décisionnelle.

Comme nous l'avons vu, l'accueil d'un grand nombre de patients par jour fait partie des spécificités de l'exercice en médecine générale. Le praticien ne peut donc consacrer qu'en moyenne 15 à 20 minutes (DiTomasso et al., 2010) à l'établissement d'une hypothèse diagnostique et d'un plan de traitement pour les multiples plaintes de son patient – en moyenne, on observe 2,2 résultats de consultation pour chaque consultation en soins primaires. Savoir déterminer les intrications entre éléments psychosociaux et symptômes somatiques fait également partie des spécificités de la médecine générale : pour le médecin généraliste exerçant la médecine familiale il ne s'agit ni de procéder à une évaluation psychiatrique complète (un diagnostic psychiatrique positif et différentiel prend parfois un nombre élevé de séances), ni de proposer des séances de psychothérapie formelle classique dont la durée est habituellement de 45 à 60 minutes. Il s'agit de disposer de concepts et d'outils permettant une évaluation psychopathologique rapide mais pertinente afin de structurer la relation thérapeutique, estimer le degré de gravité afin de décider de la démarche thérapeutique et éventuellement mettre en place des interventions psycho-thérapeutiques peu spécifiques mais rapidement efficaces au cours de la consultation médicale.

3.5.1 Vignettes cliniques illustrant l'apport des T.C.C. à 4 situations cliniques du référentiel

Nous avons choisi 4 situations cliniques du référentiel pour illustrer le rôle de la coopération entre médecin généraliste et professionnel de santé mentale, et l'apport concret des concepts et techniques T.C.C. présentées dans ces situations où

- les aspects psychologiques et sociaux jouent un rôle essentiel dans la planification de la prise en charge,
- une hypothèse diagnostique psychiatrique argumentée est nécessaire,
- l'échange rapide d'informations et la coopération étroite entre MG et PSM permettent d'optimiser la prise en charge et de gagner du temps

Nous proposons de développer des vignettes cliniques afin d'illustrer l'apport des T.C.C. et de la coopération entre médecin généraliste et PSM pratiquant les T.C.C. dans ces prises en charge.

1. Découverte et prise en charge d'un diabète de type II (50 ans) :

Nous proposons l'illustration suivante : Patient de 50 ans, Monsieur S., présente un IMC normal, il est marié, père de 2 enfants adolescents et exerce une profession indépendante avec des déplacements fréquents, des horaires chargés avec un rythme de vie plutôt irrégulier et de fréquents repas pris à l'extérieur avec des clients. Il consulte fréquemment et se montre inquiet pour sa santé depuis des années. Sa seule activité sportive est la course à pied pratiquée le week end depuis 30 ans. Dans les antécédents on note deux épisodes dépressifs majeurs. Le père de Monsieur S., diabétique, est décédé d'un infarctus du myocarde quand Monsieur S. avait 12 ans,. La première réaction de M. S. suite à l'annonce de son diabète à lui : "je finirai comme mon père, c'est fichu ». À la consultation suivante, une semaine plus tard, Monsieur S. raconte à son médecin qu'il s'est retiré de la vie familiale, passant ses moments de loisirs le soir devant son ordinateur et que sa consommation d'alcool au moment des repas avait augmentée. Il dort mal, se dit découragé et triste, et ne se voit aucun avenir.

Selon le modèle bio-psycho-social, le diabète de type 2 met en jeu des interactions entre des facteurs biologiques (facteurs génétiques, métabolisme de l'insuline), psychologiques (habitudes alimentaires, motivation à changer ses comportements de santé, comorbidités psychiques etc) et sociaux (soutien social, habitudes et normes alimentaires familiales, impact de l'activité professionnelle sur le mode de vie etc).

L'aspect biologique du traitement consiste à optimiser et surveiller l'administration d'insuline selon un protocole adapté ; il s'accompagne d'un aspect psychologique et social car le patient devra adopter des comportements de santé qui sont nouveaux pour lui, qui peuvent s'avérer contraignants et difficiles (auto-administration d'insuline, surveillance de la glycémie, modification de ses habitudes alimentaires et de son activité physique, visites médicales et paramédicales spécialisées régulières) et qu'il devra maintenir de façon durable dans le temps tout en continuant à vivre sa vie, avec ses obligations familiales et professionnelles. Favoriser la motivation, l'activation comportementale et le soutien social du patient est donc essentiel pour une prise en charge diachronique efficace. La conceptualisation du cas permettra de repérer les facteurs de risque et les facteurs facilitant cette prise en charge diachronique.

Analyse fonctionnelle SORC :

Situation : annonce de maladie grave

Organisme : Antécédents dépressifs. Trouble Anxieux Généralisé, dont les thématiques principales sont sa santé, sa famille et ses finances. Schémas dysfonctionnels de vulnérabilité

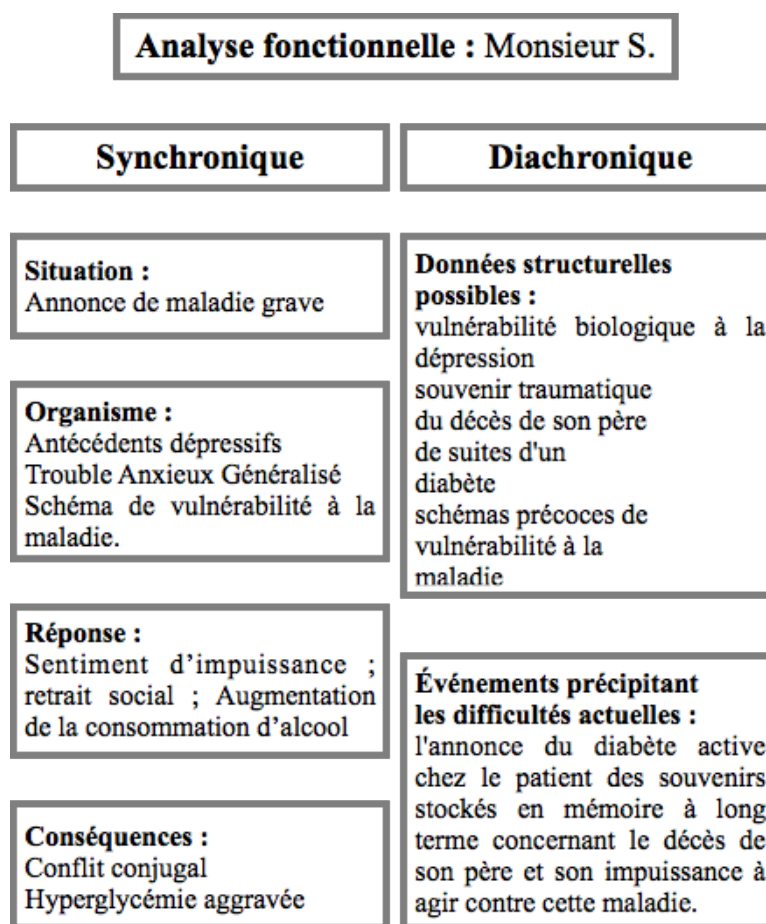
par rapport à la maladie : Monsieur S. souffre de la même maladie somatique que son père. Il pense que sa maladie va évoluer selon le modèle qu'il a observé chez son père, entraînant une dégradation inéluctable de l'état physique et une mort prématurée.

Réponse : Comportements de retrait social, augmentation de la consommation d'alcool, trouble du sommeil

Conséquences relationnelles : son épouse lui reproche d'être devenu distant, M.S. interprète ses reproches comme un rejet, et un conflit s'installe

Conséquences somatiques : l'insomnie entraîne des difficultés de concentration et une irritabilité, la consommation d'alcool entraîne une aggravation de la glycémie.

Figure 8 : Analyse Fonctionnelle pour Monsieur S.



Dans la relation du couple, le conditionnement opérant conduit à une aggravation du comportement d'évitement social de Monsieur S. : quand son épouse lui reproche de moins participer à la vie familiale, il interprète ses reproches comme un rejet, ce qui augmente sa tristesse et son envie de s'isoler. Il est utile dans cette situation de voir l'épouse pour expliquer

que le retrait social de son mari est un comportement passager lié à une réaction dépressive et non motivé par une lassitude relationnelle par exemple.

Afin de ne pas laisser s'installer une symptomatologie dépressive pour laquelle Monsieur S. présente une vulnérabilité comme le montrent ses antécédents d'EDM, il convient d'évaluer la nature et la gravité de l'état dépressif actuel (BDI, PHQ), des éventuelles comorbidités psychopathologiques et des habitudes de consommation d'alcool.

Cette étape d'évaluation permet de formuler une hypothèse diagnostique psychiatrique argumentée et de prendre une décision thérapeutique raisonnée (pharmacothérapie, psychothérapie ou association des deux). Si cette évaluation est réalisée en coopération avec un PSM spécialisé en TCC, celui-ci recherchera les troubles de l'axe 1 du DSM IV TR qui correspondent aux symptômes psychiatriques actuels, et également des facteurs de vulnérabilité comme les troubles de la personnalité et les schémas dysfonctionnels précoces.

Admettons que cette évaluation révèle l'existence d'un Episode Dépressif Majeur actuel, un Trouble du sommeil, une consommation d'alcool qui inquiète le patient mais qui n'atteint pas le seuil diagnostique d'un Trouble d'abus de substances, des Schémas Dysfonctionnels Précoces de Vulnérabilité à la Maladie. La coopération entre PSM et MG permettra une prise en charge globale de l'aspect psychologique de la prise en charge de cette maladie chronique : l'éducation thérapeutique répond aux craintes réalistes du patient en lui fournissant des informations médicales récentes concernant la maladie, les soins, le suivi et la prévention des séquelles.

La psychothérapie cognitivo-comportementale aura pour objectifs :

- d'aider le patient à repérer et à modifier ses croyances erronées concernant sa maladie et l'impact de celle-ci sur sa vie quotidienne et à développer des stratégies motivationnelles et comportementales plus réalistes pour y faire face et jouer un rôle actif dans la préservation de sa santé.
- de réaliser des entretiens motivationnels permettant au patient d'exprimer son ambivalence par rapport à une modification des comportements de santé ("ça ne sert à rien, je finirai comme mon père", "si je mange régime lors des repas avec mes clients, ils vont croire que je suis malade et ne me feront plus confiance") et de trouver des motivations personnelles suffisamment puissantes ("mes enfants ont besoin de moi, je dois entretenir ma santé pour les voir grandir")
- de mettre au point des alternatives comportementales adaptées à la réalité concrète de la vie familiale et professionnelle du patient

- créer des renforcements positifs pour les comportements de santé que le patient décide d'adopter : renforcement social lors des consultations médicales, en montrant de l'intérêt et en félicitant les efforts

Dans le suivi en diabétologie à long terme notamment des patients anxio-dépressifs, il peut s'avérer nécessaire d'aborder en détail la question des crises d'hypoglycémie. Certains patients qui ont vécu une crise hypoglycémique craignent d'en vivre une autre et développent des stratégies d'évitement de l'hypoglycémie, ils respectent pas ou mal les prises d'insuline et le régime, afin que leur glycémie reste toujours au-dessus de la "zone à risque". Dans le système motivationnel du patient, le bénéfice immédiat (éviter la crise d'hypoglycémie) l'emporte alors sur le bénéfice à long terme (préserver la santé vasculaire, ophtalmologique, neurologique...). L'un des objectifs de l'éducation thérapeutique sera d'aider le patient à reconnaître les signes avant-coureurs de la crise d'hypoglycémie, et de mettre en place des comportements plus adaptés pour éviter l'hypoglycémie.

2. Homme de 65 ans obèse présentant une polyopathie : Bronchopathie Chronique Obstructive, HTA, épigastralgies et indication de prothèse pour gonarthrose.

Nous proposons l'illustration suivante : Quand son médecin évoque l'excès de poids, Monsieur A. soutient qu'il mange peu, qu'il fait attention à son alimentation et que "ce qu'il mange ne ferait grossir personne" ; pour lui, l'excès de poids est dû au manque d'exercice lié à ses difficultés articulaires et le problème sera résolu après la chirurgie du genou.

Monsieur A fait partie des « obèses qui ne mangent pas », qui sous-estiment les calories absorbées ; cette sous-estimation est liée à la restriction cognitive et un sentiment de culpabilité concernant leur alimentation. (Andrieux, Gaudrat, Mariau & Mulliez, 2014).

Facteurs de risque psychopathologiques :

Chez le patient hypertendu, les troubles anxieux sont plus fréquents qu'en population générale (Rozanski et al., 1999) ; chez le patient avec BPCO, la fréquence des troubles anxieux et des troubles dépressifs est augmentée, avec une baisse du sentiment d'auto-efficacité et une diminution des résultats thérapeutiques (Coventry & Gellantly, 2008).

On peut faire l'hypothèse que chez ce patient, les épigastralgies s'inscrivent également dans la symptomatologie physiologique du stress.

Cognitions erronées ou exagérées concernant son état de santé : il craint que l'état de son genou ne s'aggrave s'il marche trop ; il vit dans la crainte que l'hypertension puisse provoquer un AVC qui le rendrait impotent et inapte à s'occuper de son épouse ; il interprète les signes neurologiques de l'anxiété comme symptômes avant-coureurs d'un AVC. Un cercle vicieux s'est installé : plus Monsieur A évite l'activité physique, plus sa fonction respiratoire se dégrade et plus la mobilité de son genou diminue résultant en un périmètre de marche de plus en plus réduit ce qui, en retour, va augmenter son anxiété, etc...

L'issue de ce cercle vicieux n'est pas appréhendée de la même façon par Monsieur A. et son médecin :

Monsieur A. souhaite un acte chirurgical rapidement afin de se débarrasser de ses douleurs au genou, car il croit que cela l'amènera à reprendre une activité physique suffisante pour diminuer son poids et l'HTA.

Son médecin, au contraire, doit tenir compte du fait que l'obésité prédispose à la gonarthrose et que le retentissement de l'obésité sur la fonction respiratoire expose le patient à une augmentation de la morbidité et de la mortalité pendant la période péri-opératoire ; une perte de poids avant la chirurgie est souhaitable afin de protéger l'autre genou, d'améliorer la vie de la future prothèse et d'augmenter les chances de succès chirurgical.

Analyse fonctionnelle SORC :

Situation clinique : décision pour ou contre la pose d'une prothèse du genou

Organisme : Monsieur A. présente **des Pathologies somatiques** : Gonarthrose et difficultés respiratoires, activité physique très restreinte, HTA, surcharge pondérale ; ainsi que **des Psychopathologies** : EDM d'intensité légère ; Trouble anxieux généralisé ancien avec ruminations anxieuses. Hypersensibilité aux symptômes physiologiques de l'anxiété : les symptômes gastro-intestinaux sont interprétés comme des épigastralgies, les symptômes neurologiques (acouphènes, légers vertiges) sont interprétés comme des signes avant-coureurs d'un AVC. Trouble du comportement alimentaire liée à une restriction cognitive, avec sous-estimation des ingesta.

Réponse : Monsieur A. n'évalue pas correctement son état de santé et tente de faire accélérer la décision chirurgicale.

Conséquence : tensions dans sa relation avec son MG qui ne partage pas son enthousiasme pour le geste chirurgical dans l'immédiat.

Figure 9: Analyse Fonctionnelle pour Monsieur A.

Analyse fonctionnelle : Monsieur A.	
Synchronique	Diachronique
<p>Situation : Prise de décision pour ou contre un geste chirurgical sans urgence vitale</p>	<p>Données structurelles possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - antécédents familiaux avec obésité des deux parents et normes alimentaires familiales favorisant la suralimentation - installation progressive du trouble respiratoire et de l'HTA auxquels le patient s'est habitué avec le temps, dont il n'évalue pas bien le risque et qui le gênent moins que sa douleur récente au genou
<p>Organisme : Polypathologie chronique somatique Trouble anxieux Excès pondéral avec sous-estimation des ingesta</p>	
<p>Réponse : Demande chirurgicale qui paraît précipitée à son médecin</p>	<p>Événements précipitant les difficultés actuelles : Douleur récemment aggravée au genou empêchant Monsieur A. de monter et descendre les deux étages de son immeuble.</p>
<p>Conséquences : Difficultés au niveau de la relation avec son médecin</p>	

L'évaluation psychologique et notamment un statut anxio-dépressif et une exploration

du trouble du comportement alimentaire sera donc indiquée avant toute décision chirurgicale (par entretien à visée diagnostique, entretien semi-directifs diagnostique structuré comme le MINI associé à la passation d'instruments psychotechniques spécifiques BDI, PHQ)

Admettons que chez Monsieur A., l'évaluation psychiatrique mette en relief l'absence d'antécédents dépressifs mais un EDM actuel d'intensité légère dont le début semble coïncider avec l'aggravation récente des douleurs au genou, ainsi qu'un trouble anxieux généralisé (TAG) ancien, qui se traduit par des soucis et des inquiétudes excessifs qui concernent sa santé et sa famille. Monsieur A. s'inquiète beaucoup de l'avenir de son épouse si lui-même devenait impotent : elle est en bonne santé mais timide et peu autonome sur le plan social et dépend de lui pour toutes les démarches et les décisions importantes.

Les facteurs cognitifs contribuent au maintien de cette problématique somatique complexe :

Chez Monsieur A., le TAG joue un rôle dans le maintien du cercle vicieux de l'inactivité physique : le patient a développée une focalisation anxieuse sur ses symptômes physiques et les interprète comme indices d'une aggravation qui le mettrait dans l'impossibilité de prendre soin de sa famille.

Il sous-estime le rôle que son obésité joue dans l'aggravation de ses troubles somatiques et sous-estime également le rôle que son alimentation joue dans son obésité.

C'est sur la qualité de la relation médecin-malade que reposera en grande partie l'évolution de cette situation clinique, car le patient montre des espoirs d'amélioration excessifs concernant la chirurgie et la modification de ses habitudes alimentaires, nécessaire du point de vue médical, ne fait pas partie de ses priorités, il n'envisage pas actuellement de changer ses comportements.

Le modèle du partenariat dans la relation médecin-malade (Strauss , 1963, cité dans Kandel, Bousquet & Chouilly, 2015) permettra au médecin d'expliquer à son patient les risques et les avantages d'une intervention chirurgicale rapide, de discuter de ses préoccupations concernant son épouse et de réaliser une exploration bienveillante des habitudes alimentaires du patient, sans accuser le patient d'être de mauvaise foi quand il rapporte des apports caloriques manifestement en-dessous de la réalité.

3. Homme alcool-tabagique de 48 ans venant de perdre son travail :

Nous proposons l'illustration suivante : Monsieur M. est divorcé et père d'un fils adolescent. Toute la famille de Monsieur M. est suivie par le même généraliste. C'est l'actuelle compagne de Monsieur M. qui vient en consultation, disant qu'après son récent licenciement pour raisons économiques Monsieur M. n'a pas entrepris les démarches nécessaires auprès de Pôle Emploi. Selon ses dires, il passe son temps devant la télévision, sa consommation de tabac et d'alcool a augmenté et il devient irritable. Le médecin fixe un rendez-vous et reçoit le patient le lendemain.

Dans l'anamnèse, on note un épisode de déscolarisation pendant 6 mois à l'âge de 16 ans. Sa consommation alcoolo-tabagique remonte au jeune âge adulte, il consomme actuellement 1 paquet de cigarettes par jour et prend entre 3 et 5 verres d'alcool quotidiennement, essentiellement de la bière et des apéritifs. Plombier, il était employé dans la même entreprise depuis une vingtaine d'années. Il vit mal son licenciement pour raisons économiques, et se sent stressé et triste.

Cette situation peut être appréhendée comme une « crise » dans la vie du patient, qui présente un risque de décompensation et d'aggravation de l'état de santé et des comportements de santé du patient et qui donne l'occasion de faire le point sur ses comportements de santé actuels, et ses objectifs personnels et professionnels futurs.

La perte de l'emploi est un facteur de risque pour des difficultés sociales : en dehors d'une précarité financière, elle risque d'entraîner un changement du rythme de vie, une inactivité physique, un isolement et une désinsertion sociales, des conflits conjugaux.

La co-dépendance alcoolo-tabagique présente un facteur de risque important pour de nombreuses pathologies somatiques (cancers de la sphère oro-pharyngée et de la vessie), et un facteur de risque pour des comorbidités psychiatriques fréquentes et nombreuses, notamment anxio-dépressives, qui risquent d'être aggravés à leur tour par la perte de l'emploi.

Une prise en charge précoce du patient dans cette situation peut éviter l'entrée dans un cercle vicieux où la perte de repères socio-professionnels entraîne un bouleversement des rythmes de vie, un sentiment de dévalorisation et de baisse de l'estime de soi, des comportements de repli social et une augmentation des consommations alcoolo-tabagiques et, par voie de conséquence, une altération de l'état physique, ce qui diminuera la motivation et les « tendances à l'action » pour la recherche d'emploi et pour l'adoption de comportements de santé positifs.

La coopération MG-PSM est importante à ce stade de la prise en charge, pour une évaluation psychologique comportant un status psycho-pathologique général, et une exploration et

évaluation des habitudes de consommation individuelles (ligne de base), afin de déterminer les facteurs de risque et les facteurs de protection individuels.

Admettons que chez Monsieur M. l'évaluation psychiatrique révèle une phobie sociale, un manque d'estime de soi, une difficulté à s'affirmer ainsi qu'un EDM d'intensité modérée.

La phobie sociale a marqué la vie Monsieur M. : L'anamnèse révèle que sa période de déscolarisation était liée à une phobie scolaire, qu'il était resté cloîtré chez lui, refusant de quitter le domicile familial car il ne supportait pas le regard de ses camarades et enseignants, dont il se sentait jugé négativement et critiqué. Il n'a pas poursuivi ses études, préférant s'orienter vers un CAP car il se sentait moins exposé au regard d'autrui dans la petite structure de son patron qu'au lycée où il n'était jamais arrivé à prendre la parole devant la classe. Il commence à utiliser l'alcool à cette époque pour se désinhiber un peu lors des soirées entre amis et la cigarette pour se donner une contenance en société.

Dans son emploi, il était capable de fonctionner de façon satisfaisante dans un environnement connu avec une exposition limitée à des personnes inconnues mais une fois au chômage il se sent incapable d'effectuer les démarches administratives et de se retrouver face à face avec des personnes peu connues, et notamment celles qui détiennent une autorité.

Analyse fonctionnelle SORC :

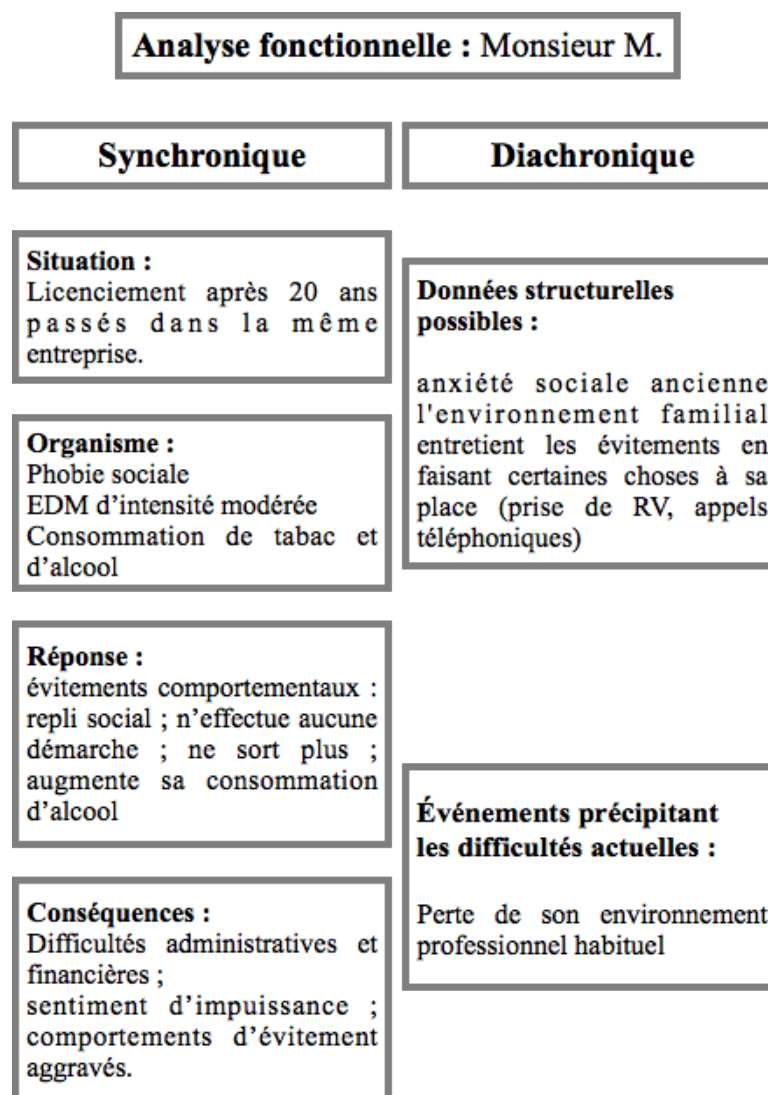
Situation : perte d'emploi

Organisme : phobie sociale, manque d'affirmation de soi

Réponse : repli social, n'effectue pas les démarches administratives obligatoires

Conséquences : conflits avec Pôle Emploi, problèmes financiers, ne retrouve pas d'emploi, augmentation de la consommation d'alcool, conflits conjugaux

Figure 10: Analyse Fonctionnelle pour Monsieur M.



Chez Monsieur M., la phobie sociale joue un rôle de facteur de maintien des comportements d'évitement social et des comportements de santé problématiques. En effet, la perte de son

emploi le prive de l'exposition habituelle aux stimuli sociaux, grâce à laquelle il arrivait à compenser sa phobie sociale. N'étant plus obligé de se confronter aux stimuli sociaux, ses comportements d'évitement augmentent.

Les objectifs thérapeutiques d'une T.C.C. seront les suivants :

- traiter l'EDM
- traiter la phobie sociale (éducation thérapeutique concernant les mécanismes de l'anxiété sociale, restructuration cognitive concernant les risques sociaux, exercices d'exposition, techniques d'Affirmation de Soi)
- diminuer le niveau global d'anxiété (exercices de relaxation)
- améliorer les comportements de santé (diminution de la consommation, ou sevrage alcoolotabagique en fonction des capacités et de la motivation du patient)
- aider rapidement le patient à formuler et à construire concrètement un projet d'avenir (apprentissage de techniques de résolution de problèmes, jeux de rôle) afin d'éviter l'installation du cercle vicieux d'impuissance apprise

La coopération entre MG et PSM structurera les différents temps de la prise en charge : l'évaluation psychiatrique initiale sert d'aide décisionnelle pour l'instauration d'une pharmacothérapie à visée anti-dépressive, adaptée à la phobie sociale, l'évaluation régulière des progrès psychothérapeutiques obtenus permet de décider à quel moment la pharmacothérapie peut être arrêtée et d'initier le sevrage antidépresseur avec l'accord du patient. Le suivi reposera sur une évaluation des comportements de consommation

4. Patiente de 35 ans avec un tableau de dépression itérative

Nous proposons l'illustration suivante : Mme L., vivant en couple avec un jeune enfant et travaillant dans une banque, est venue consulter pour des troubles du sommeil, sans évoquer spontanément son humeur triste. Son médecin, alerté par des indicateurs dans son comportement non-verbal et verbal, lui pose des questions de dépistage de trouble d'humeur et elle commence à pleurer. Dès cet instant de la consultation, le MG décide qu'une évaluation approfondie de l'état de l'humeur doit être rapidement effectuée. Il lui propose l'entretien diagnostique structuré (MINI), d'abord la section ciblant le troubles de l'humeur puis celle ciblant l'idéation suicidaire. L'évaluation psychiatrique met en relief, chez Mme L., un EDM actuel d'intensité sévère et un état dépressif récidivant avec 3 épisodes sévères passés depuis

15 ans et une dysphorie chronique. Le premier épisode dépressif correspond aux suites d'un AVP survenu quand Mme L. avait 20 ans : alors qu'elle était au volant, l'accident a coûté la vie à son petit ami de l'époque. Mme L elle-même a survécu après 4 jours de coma. Elle a récupéré sans garder de séquelles physiques, mais décrit des problèmes de sommeil et des "comportements bizarres" depuis, comme une incapacité à emprunter certaines routes et des moments de colère immotivée. Un Etat de Stress Post-Traumatique s'est développé dans les suites de cet AVP, et les épisodes dépressifs aigus correspondaient à des événements qui rappelaient ce drame à Madame L. : admission de sa mère à l'hôpital où elle-même était soignée après l'accident, reportage réaliste vu à la télévision ; ce qui semble avoir précipité l'EDM actuel est un accrochage sans gravité en voiture survenu il y a 15 jours.

L'EDM sévère est une situation d'urgence clinique, difficile à gérer en omnipratique car il s'agit ni de pas la laisser passer inaperçue, ni d'instaurer un traitement sans hypothèse diagnostique argumentée. Si le MG coopère régulièrement avec des PSM qu'il connaît et en qui il a confiance, son attitude positive envers ces spécialistes facilitera l'acceptation, par le malade, d'une consultation psychologique ou psychiatrique.

C'est une situation dans laquelle l'évaluation du risque suicidaire est primordiale. La qualité de la relation conditionne la pérennité de la prise en charge du patient par le MG et la possibilité d'avoir recours au psychiatre. Elle requiert une aptitude à l'écoute et l'anticipation. Les compétences mises en jeu sont d'ordre diagnostique, thérapeutique et relationnel.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

1 - le patient vient en consultation pour parler de sa dépression, le motif de consultation et le résultat de consultation sont identiques. Le MG peut alors lui-même procéder à l'étape diagnostique ou adresser la patiente à un PSM pour un RV d'urgence. L'entretien clinique, complété par des instruments psychotechniques adaptés, par exemple le BDI, le PHQ, l'Echelle de Désespoir de Beck, le SCL 90, sera centré sur les symptômes dépressifs et leur gravité, l'évaluation du risque suicidaire et les comorbidités psychiatriques, afin d'arriver rapidement à une hypothèse diagnostique argumentée et un choix thérapeutique rationnel.

2 - le patient est venue consulter pour autre chose, le motif de consultation est différent de ce que sera le résultat de consultation ; c'est le MG qui devra mettre à jour cette urgence au cours de la consultation. Ce cas de figure souligne l'utilité de la procédure préconisée par Kurlansik et Levine (2010) qui consiste à évaluer systématiquement l'humeur lors de la consultation, en posant deux questions: "depuis ces 15 derniers jours, vous êtes-vous senti déprimé, sans espoir, à bout? Est-ce que vous vous intéressez moins aux choses qui vous

plaisent habituellement?" (DiTomasso et al., 2010) (voir partie 2 du présent travail)

Si le résultat indique un EDM actuel avec risque suicidaire, le médecin demande l'accord du patient pour l'adresser immédiatement à un PSM pour une évaluation et un conseil et, en sa présence, prendre un RV téléphonique en urgence. Il évoquera ensuite avec le patient les obstacles qui l'ont empêché de passer à l'acte ("qu'est-ce qui vous a empêchée?"), et renforce positivement sa décision ("vous avez bien fait, effectivement votre famille aurait été anéantie si vous étiez allée plus loin"). Si nécessaire, il établit un plan de sécurité avec le patient et obtient son accord verbal **de ne pas** passer à l'acte dans l'immédiat. Dans les cas graves, une hospitalisation d'urgence peut être nécessaire ; l'adhésion du patient à cette décision difficile sera facilitée si le médecin a auparavant créé une relation de coopération et de confiance avec le psychiatre des urgences.

Analyse fonctionnelle SORC :

Situation : accrochage banal sans gravité avec sa voiture lors duquel l'autre conducteur exprime des critiques concernant sa façon de conduire

Organisme : ESPT ancien lié à un AVP grave ; sentiments excessifs de culpabilité

Réponse : décompensation dépressive massive, pensées suicidaires dont elle ne parle pas spontanément

Conséquences : la dépression sévère risque de passer inaperçue en raison de l'absence de plainte, et en l'absence de tout événement récent grave

Figure 11 : Analyse Fonctionnelle pour Madame L.

Analyse fonctionnelle : Madame L.

Synchronique	Diachronique
Situation : Léger accrochage en voiture	Données structurelles possibles : vulnérabilité génétique à la dépression ; schémas précoces dysfonctionnels d'imperfection et d'exigences élevées
Organisme : souvenirs traumatiques d'un AVP survenu il y a 15 ans ; sentiment de culpabilité excessive, insomnie, dépression avec idées suicidaires.	
Réponse : N'en parle pas à son entourage	Événements précipitant les difficultés actuelles : Elle érafle par mégarde le pare-choc d'une voiture ; le propriétaire de celle-ci se met en colère et lui dit qu'elle est nulle au volant. Cet incident réveille les souvenirs traumatiques et les pensées négatives : « Je suis un danger pour tout le monde, je ferais mieux de disparaître".
Conséquences : aggravation de l'état dépressif qui risque de rester non-diagnostiqué et non-traité	

Chez Mme L., l'entrée dans l'âge adulte a été marquée par un événement traumatisant qui a déclenché un ESPT, jamais pris en charge. Elle n'a pas conscience du mécanisme par lequel certains événements quotidiens peuvent agir en tant qu'activateurs du souvenir traumatique et aggraver sa dysthymie au point de précipiter des EDM caractérisés.

L'étape diagnostique comprendra une évaluation précise de l'état thymique par un entretien clinique directif complété par la passation d'un instrument validé (BDI, PHQ, MINI), ainsi que d'une exploration de l'ESPT (PCLS).

La pharmacothérapie sera essentiellement basée sur les anti-dépresseurs ISRS présentant une spécificité pour les troubles anxieux

Une psychothérapie cognitivo-comportementale comprendra :

- la prise en charge de l'EDM, par une première phase thérapeutique de 1 à 3 mois

destinée à obtenir une diminution initiale de la symptomatologie, suivie d'une phase de stabilisation de 6 mois environ permettant une modification des schémas cognitifs dépressogènes, dans un objectif de prévention des récurrences;

- une thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme ou des séances d'EMDR;

- l'apprentissage de techniques de gestion du stress, notamment la relaxation et les techniques agissant sur la Variabilité de la Fréquence Cardiaque (VFC).

La coopération durable entre MG et PSM permettra de suivre de près les progrès thérapeutiques de la patiente, d'adapter rapidement le traitement en cas de besoin, et surtout d'assurer la prévention des récurrences.

Conclusion :

Le référentiel du CNGE permet de clarifier les spécificités du métier de MG et de préparer une adaptation de l'enseignement universitaire, ce qui contribuera à une amélioration des prises en charge des troubles psychiques : dans leur étude sur le treatment gap dans le cadre des troubles psychiques Kohn et al. (Eds, OMS, 2004) citent, parmi les obstacles empêchant les malades d'avoir accès à des soins de santé mentale adaptés, le manque de formation au niveau des soins primaires, avec trop peu de médecins et de personnels infirmiers sachant reconnaître les signes et symptômes des troubles mentaux. Par ailleurs, le mode d'enseignement, généralement dispensé sous forme de cours magistraux par des spécialistes psychiatres et basé sur la sémiologie psychiatrique, n'est pas adapté aux conditions d'exercice des futurs médecins généralistes. Les approches validées scientifiquement et notamment cognitives et comportementales sont actuellement enseignées dans très peu de facultés de médecine françaises.

3.6. Internet et nouvelles technologies de communication: quelles perspectives pour la FMC en psychopathologie et en psychothérapies ?

Depuis plusieurs années on assiste à l'apparition de sites internet dédiés aux professionnels médicaux pour médecins spécialistes, dont les psychiatres et pour généralistes.

Un volume variable de contenus de ces sites concerne les troubles psychiques, les psychotropes et, dans une petite mesure, les psychothérapies. Ces sites sont cofinancés ou financés intégralement par des maisons de publication spécialisées et par des laboratoires pharmaceutiques. Leurs avantages : accès libre, gratuité, information disponible 24/7, donc facilité de gestion du temps pour le MG. L'information est présentée sous forme condensée, réduite à l'essentiel. Informations récentes, disponibles souvent avant publication sur support papier. Ainsi, les résultats de recherches cliniques de grande envergure sont disponibles très peu de temps après la fin de l'étude.

Dans le meilleur des cas, ces sites disposent d'un comité de lecture. Le rôle du comité de lecture est donc essentiel sur ces sites autant voire plus que, dans la presse scientifique écrite ; pourtant il est difficile d'obtenir des informations à ce sujet.

En dehors des sites qui "créent" eux-même du contenu, il existe des moteurs de recherche spécifiques comme medscape© qui peuvent constituer un gain de temps pour le MG.

Leurs inconvénients : la traçabilité des informations n'est pas toujours garantie, ce qui peut conduire à la diffusion d'informations partielles, ou "intéressées", notamment par les laboratoires pharmaceutiques.

Risque d'une vulgarisation commerciale, d'une réduction de la complexité des informations afin de les rendre plus facilement "assimilables" par le "consommateur d'informations" qu'est le médecin.

3.7. Réalisation d'une action de Formation Médicale Continue par Internet : Module de présentation des T.C.C. diffusé sur Univadis©

Univadis© est un site internet à accès réservé aux professionnels de santé qui rassemble des éditeurs de contenus spécialisés dans la formation médicale et l'information médicale actuelle, comme Lancet, Springer, Jama Network, BMJ Learning.

En dehors des informations médicales courantes actuelles, il publie chaque semaine un nouveau module de formation plus approfondi sous forme de présentation vidéo. Pendant un mois, les derniers modules publiés apparaissent spontanément sur l'écran, ensuite ils rentrent dans la base de données accessible par mot-clé et par centre d'intérêt (médecine générale, gériatrie, médecine préventive, psychiatrie, maladies infectieuses....).

Univadis© propose plusieurs centaines de modules d'une durée de 3 à 15 minutes et le

nombre de vues de chacun des modules varie entre 100 et 30.000. Les médecins ont la possibilité d'évaluer la qualité du module de formation sur une échelle de Likert à 5 valeurs qui va de 0 "très mauvais" à 5 "extrêmement pertinent".

Présentation du module de FMC :

Nous avons réalisé un module de FMC présentant les TCC, diffusé sur le site Univadis©. La relecture a été faite par A. Rousseau (professeur de psychologie formée aux T.C.C., Université de Lille 3) et le Dr. J-J. Eppstein (Médecin Généraliste, responsable scientifique de VR Productions)

- Texte enregistré le 22.01.2014 dans les studios de VR Productions, France.
- Diffusion sur le site Univadis© à partir du 27.5.2014 sur la rubrique Formation Médicale Continue, Compétences clinique. La présentation orale est accompagnée d'un fichier PowerPoint de 4 diapositives, présenté en annexe.

Les Thérapies Cognitives et Comportementales : concepts et techniques d'une psychologie « de terrain »

En médecine générale, les psychopathologies représentent une part importante de la demande de soins : 2 Résultats de Consultation sur 7 concernent un ou plusieurs troubles psychopathologiques, associés ou non à une pathologie somatique. Leur prévalence en population générale varie entre 2% (syndromes d'allure psychotique comme la schizophrénie) et 20% (l'ensemble des différents troubles anxieux). Ce sont principalement les médecins généralistes libéraux et seulement en second lieu les spécialistes des troubles psychiques (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes) qui répondent à cette demande en soin psychiques. Ainsi pour 80% des patients souffrant d'un EDM le généraliste est le premier et pour 50% d'entre eux le seul interlocuteur.

1 généraliste sur 2 cite comme source de stress ses relations avec ces spécialistes, dû entre autres à la difficulté de trouver un langage commun concernant le diagnostic, le pronostic et l'évaluation de ces troubles.

Les Thérapies Cognitives et Comportementales (T.C.C.) proposent des concepts psychologiques issus de la recherche scientifique et des techniques psychothérapeutiques spécifiques validées pour la plupart de troubles psychiques (Diapo 1)

Le début des thérapies comportementales puis cognitives s'inscrit dans la recherche psychologique scientifique et expérimentale aux Etats Unis dans les années 1960 ; depuis,

des milliers d'études cliniques contrôlées randomisées et des méta-analyses à l'international ont démontré leur efficacité sur la plupart des psychopathologies, seules ou en association avec pharmacothérapie. En France, les premières consultations psychiatriques T.C.C. sont proposées au début des années 1970.

Les T.C.C. respectent les exigences d'efficacité et d'évaluation de la Médecine Basée sur les Preuves (EBM), et le rapport INSERM (2004) comparant les trois approches psychothérapeutiques les plus utilisées en France que sont la psychanalyse, les thérapies dites humanistes et les T.C.C. démontre que les T.C.C. sont les plus efficaces pour traiter 15 des 16 psychopathologies étudiées.

Les T.C.C. proposent un éventail de techniques permettant d'adapter la thérapie au plus près au cas clinique (Diapo 2)

La thérapie comportementale est basée sur la psychologie de l'apprentissage et l'étude des lois du conditionnement : tout comportement humain est la réponse ouverte (observable) ou couverte (interne, sous forme de pensées, d'émotions, réactions physiologiques...) à un stimulus : les comportements humains résultent d'un apprentissage et les comportements inadaptés ou pathologiques peuvent être modifiés par des apprentissages plus fonctionnels. (Pavlov, Skinner, Bandura, Thorndike, Wolpe). Une modification comportementale efficace et durable nécessite une stratégie thérapeutique précise : objectif concret formulé positivement, renforcement positif, difficulté progressive, gestion émotionnelle. L'exposition progressive contrôlée et l'utilisation ciblée des techniques de relaxation, issues de ces recherches, sont l'élément-clé des T.C.C ; des troubles anxieux : Phobies spécifiques, Phobie sociale, Etat de Stress Post-Traumatique, Attaques de Panique

La thérapie cognitive, développée à partir de la psychologie cognitive, des travaux sur le traitement de l'information et sur l'intelligence artificielle est basée sur le concept de la triade cognitive : (1) la pensée agit sur l'émotion et sur le comportement, (2) la pensée peut être observée et modifiée, (3) des modifications cognitives peuvent amener des modifications émotionnelles et comportementales. La restructuration cognitive, une technique de remise en question des pensées dysfonctionnelles, issue de ces recherches, est l'élément-clé des TCC de la dépression. (Beck, Freeman, Young).

Les TCC sont des psychothérapies fortement structurées (Diapo 3) – chaque intervention étant précédée d'une évaluation et d'une hypothèse diagnostique argumentée selon des critères validés (actuellement DSM IV ou CIM10) – limitées dans le temps (entre 12 et 20 séances en moyenne) axées sur un objectif clinique. Elles sont interactives : la relation thérapeutique est de type collaboratif, basée sur le dialogue et le patient participe

activement à son traitement : carnets de suivi d'auto-observations, exercices comportementaux à réaliser entre les séances, lecture d'ouvrages informatifs (bibliothérapie).

Exemples d'application :

La médecine comportementale combine les concepts cognitivo-comportementaux à la médecine dans le domaine des comportements de santé (cas du diabète, des pathologies cardio-vasculaires) ; dans la modification des croyances erronées concernant la maladie (cas des troubles du sommeil, des rhumatismes articulaires) ; dans le travail motivationnel dans le sevrage aux substances et les troubles alimentaires ; dans la gestion du stress et de la douleur dans les maladies chroniques.

L'Episode dépressif majeur (EDM)

Trouble psychopathologique le plus fréquent en France : 8% de la population développent un EDM au cours d'une année.

Deux signes d'alerte : perte d'intérêt pour des choses que le patient apprécie habituellement (anhédonie) et humeur triste ou irritabilité

Recommandations ANAES : efficacité de thérapie cognitive (15 séances) supérieure ou égale à la pharmacothérapie (ISRS ou IRS-Na), dans les dépressions unipolaires légères et moyennes traitées en ambulatoire. Thérapie combinée TCC / A.D. ISRS la plus efficace dans cas sévères. Un suivi T.C.C. sur 2 ans plus efficace sur symptômes résiduels que soutien clinique/conseils. Dans la prévention des récurrences, les TCC représentent une alternative au traitement d'entretien par les antidépresseurs.

La TCC se déroule en deux étapes, centrées sur la notion de tendance à la chronicité :

La phase initiale vise une réponse thérapeutique : réduction des symptômes en-dessous du seuil définissant l'EDM (durée : 4 à 12 semaines)

La phase d'entretien vise la prévention des rechutes et récurrences (durée : 6 mois ou plus)

L'Approche cognitive est primordiale dans la thérapie de l'EDM : psycho-éducation concernant l'effet des pensées dépressogènes sur l'humeur (tristesse, anhédonie) et le comportement. La restructuration est basée sur la modification de la « Triade dépressive » (Beck) : mise à jour et modification des pensées automatiques, des distorsions logiques et des croyances dysfonctionnelles concernant soi, les Autres, le monde en général (« Je ne vaux rien, personne ne s'intéresse à moi, le monde est mauvais »).

Approche comportementale :

Programme d'activités plaisantes (souvent avec reprise progressive d'activité physique et/ou sportive), Apprentissage de techniques de résolution de problèmes, Acquisition d'habiletés sociales

Techniques de gestion du temps, de contrôle de l'anxiété

Le Trouble Obsessionnel-Compulsif

Sa prévalence se situe entre 1,5 et 2%, c'est la 4ème psychopathologie par ordre de fréquence ; difficile à soigner, elle peut s'avérer très invalidante.

Elle se caractérise par la présence d'obsessions, des idées ou impulsions intrusives apparaissant à l'improviste, de façon répétée. Ces obsessions provoquent une anxiété importante que le patient s'efforce de neutraliser par des actions répétées, les compulsions ou rituels. Le rituel ainsi que les évitements comportementaux associés font baisser ponctuellement cette anxiété, mais la maintiennent voire l'augmentent à moyen terme ce qui contribue à chroniciser le trouble. Le patient est conscient du caractère irrationnel des obsessions et du caractère excessif des rituels, mais n'en a pas un contrôle efficace.

Recommandations ANAES : dans la prise en charge thérapeutique des TOC, les antidépresseurs sérotoninergiques, les TCC ainsi que l'association des deux traitements ont prouvé leur efficacité avec une réduction nette des troubles chez 2 tiers des patients.

La restructuration cognitive constitue la première étape de la thérapie si la personne adhère de façon rigide aux pensées automatiques,

L'Approche comportementale est ensuite prédominante dans la TCC du T.O.C. ; elle repose sur le principe de l'exposition graduelle contrôlée et de l'effet d'habituation:

L'Analyse Fonctionnelle permet de faire l'inventaire complet des comportements compulsifs et des situations qui les déclenchent ; ensuite les rituels sont hiérarchisés en fonction de l'intensité de l'anxiété qui leur est associée. Le patient va s'exposer quotidiennement graduellement aux situations anxiogènes sans produire de rituel et constatera l'effet de l'habituation, c'est à dire une baisse progressive et significative de son anxiété.

Conclusion : (Diapo 4) Les TCC représentent une approche basée sur des données probantes (Evidence Based Practice) dont le succès dépend en grande partie d'une évaluation clinique initiale rigoureuse (ligne de base, analyse fonctionnelle) ; il serait intéressant, pour les médecins adressant un patient en TCC et, dans la mesure bien sûr où la situation clinique le permet, de différer l'instauration d'une pharmacothérapie en attendant cette évaluation.

Fin du module

Résultats de l'action de formation :

Après 1 mois de présence sur le site, le module a été visionné 8.200 fois, ce nombre est resté ensuite relativement stable et est de 8.432 après un an de présence, la note attribuée était de 4 sur 5. Ce résultat semble refléter la présence d'un intérêt des médecins généralistes pour cette thématique. Il est intéressant de noter que le nombre de vues des autres modules accessibles sous la catégorie "psychologie" varie entre 0 et 3.000, indiquant un intérêt habituellement modéré des médecins utilisateurs du site, pour les sujets liés au domaine psychiatrique/psychologique. Notre module était le seul dont le titre comportait la mention "TCC" et on peut faire l'hypothèse que le terme TCC dans le titre a attiré l'attention et motivé le visionnage par des médecins qui n'ont pas un intérêt spécifique pour les thématiques psychiatriques.

Certains médecins ont laissé des commentaires sur le site, 2 d'entre eux nous ont contacté directement. Les commentaires reflétaient des attitudes contrastées, soit négatives soit positives envers les T.C.C.:

- Il est vraisemblable qu'il faudra totalement refondre la psychiatrie en incorporant les avancées actuelles et futures des neurosciences mais en attendant ... les malades souffrent. L'avantage des thérapies comportementales est au moins le fait qu'elles ont été soumises à la méthode d'évaluation scientifique des essais, ce qu'on ne peut pas dire des méthodes freudiennes, loin s'en faut. Il serait temps ainsi de se débarrasser du chamanisme lacanien dans la psychiatrie française.

- Je défie tout praticien pratiquant la TCC de nous présenter un cas d'une authentique phobie sociale avérée guérie par la TCC ; même chose pour une authentique névrose obsessionnelle ; ceci d'une part ; -- d'autre part : à notre avis le meilleur ressort d'une éventuelle efficacité de ces thérapies est indéniablement le redressement des distorsions cognitives et pour cela il faut une très bonne connaissance de la clinique et de la psychopathologie psychanalytique - et les praticiens TCC sont loin de maîtriser ce domaine essentiel !...

- Il y a d'autres thérapies tout aussi "efficaces" que les TCC mais qui ne bénéficient malheureusement pas d'un lobbying aussi efficace au niveau de l'ANAES et de l'HAS, dont on sait avec quelle prudence il faut prendre les avis, qui peuvent changer du tout au tout d'une année à l'autre et d'un président à l'autre.

- "DSM5", "Evidence base médecine", et tout le modèle anglo-saxon qu'on veut nous imposer comme référence.

- Le lobby des TCC a réussi à se faire reconnaître par l'HAS comme la seule thérapie dans l'autisme, alors qu'elle ne fait au mieux que de la "pédagogie" et du dressage dans cette indication. Un peu d'humilité ne nuirait pas au champion de ce courant... d'autant qu'il a emprunté, particulièrement au niveau cognitif qui en est peut-être l'aspect le moins "rudimentaire", à d'autres courants, Palo-Alto et Erickson entre autre...

- thérapie de formatage

- Le dressage est possible par ces thérapies dites cognitives, la guérison est une autre chose

Résumé :

Les réactions des médecins inscrits sur Univadis© à la publication de notre module de FMC permet de faire l'hypothèse qu'il existe actuellement chez les médecins français un intérêt d'ordre polémique pour les psychothérapies cognitives et comportementales.

Alors que l'approche cognitivo-comportementale est la psychothérapie qui repose sur les bases théoriques et cliniques les mieux validées scientifiquement, qu'elle constitue le traitement standard des troubles psychiques dans la plupart des pays industrialisés et que les organismes de santé français la recommandent en traitement de première intention dans un grand nombre de troubles mentaux, somatiques et mixtes, il reste un important travail d'information et de formation à réaliser.

Ce constat renvoie à la conclusion de Regnier (2014) qui note à la fin de sa thèse sur la représentation des T.C.C. chez les médecins généralistes: "Améliorer la formation des médecins généralistes est un axe majeur. Un stage en psychiatrie lors du deuxième ou troisième cycle pourrait devenir obligatoire. Intégrer une formation en psychothérapie de soutien lors du Développement Professionnel Continu pourrait aider le médecin dans son quotidien."

Quand on compare les résultats des deux interventions, la diffusion du module de formation et les entretiens semi-directifs, on observe un contraste entre les commentaires sur internet reflétant une attitude plutôt réservée et parfois polémique et l'attitude différenciée et positive des praticiens interviewés qui ont inclus les TCC dans leurs options thérapeutiques et qui en constatent l'efficacité au quotidien.

Partie 4 : Conclusion

Comme nous avons tenté de le montrer dans ce travail, la prise en charge des patients avec troubles mentaux est assurée principalement par les médecins généralistes, alors que leur formation initiale est peu adaptée dans ce domaine, autant sur le plan du volume horaire que sur celui des contenus – concepts théoriques et techniques thérapeutiques. Les approches cognitivo-comportementales, dont l'efficacité thérapeutique et l'utilité dans le cadre des soins primaires sont étayés par des preuves scientifiques solides, ces dernières ont conduit de nombreux pays industrialisés à leur donner une place prépondérante dans le circuit de soins primaires et secondaires, et pourtant elles restent encore mal connues en France. Comme le montrent les résultats de nos enquêtes et de l'action de formation, les MG qui intègrent les concepts et techniques cognitivo-comportementales dans leur démarche diagnostique et thérapeutique, constatent leur apport positif sur le plan de la sécurité intellectuelle, de

l'efficacité thérapeutique et de la facilité d'échange et de coopération avec les PSM spécialisés en T.C.C. ; mais l'étude montre également que la formation médicale continue en TCC à laquelle ont eu accès les participants n'a pas eu d'effet significatif sur les habitudes diagnostiques et thérapeutiques dans le domaine des troubles mentaux.

Nous avons tenté de montrer l'intérêt d'une démarche clinique intégrant le modèle bio-psycho-social en soins primaires, et la place de l'approche cognitivo-comportementale dans l'approche bio-psycho-sociale des troubles mentaux, notamment à travers l'utilisation de l'Analyse Fonctionnelle synchronique et diachronique, élément-clé de toute intervention cognitivo-comportementale.

Nous avons présenté l'intérêt de questions de *screening* spécifiques des psychopathologies les plus courantes, questions issues des concepts neuro-psychologiques et cognitivo-comportementales récentes, afin d'améliorer la détection des troubles mentaux lors de la consultation. Nous avons tenté également de montrer le rôle des instruments psychotechniques – échelles, questionnaires, entretiens structurés spécifiques - en complément de l'entretien clinique, lors de la phase diagnostique, pour établir une hypothèse diagnostique psychopathologique raisonnée et évaluer le degré de sévérité avant toute prescription de médication psychotrope. Nous espérons contribuer ainsi à diminuer les prescriptions inadaptées des MG dans le domaine des troubles mentaux.

Nous avons tenté d'apporter des arguments dans le sens que certaines techniques cognitivo-comportementales comme l'Analyse Fonctionnelle, l'entretien motivationnel, la technique d'entretien clinique « des 4 R », le renforcement positif, sans constituer une psychothérapie formelle *strictu sensu*, permettent d'enrichir le répertoire de la psychothérapie non-spécifique pratiquée par le médecin.

Nous avons montré l'importance du modèle cognitivo-comportemental dans la coopération et l'échange d'informations entre MG et PSM et le passage d'un modèle d'isolement à un modèle de collaboration, car les T.C.C. proposent une terminologie psychologique claire proche du langage médical ; de plus, étant des thérapies manuelles et fortement structurées, ils permettent au MG de comprendre le *rationale* et le déroulement de la psychothérapie en cours.

La formation initiale et continue des PSM et des MG est un promoteur essentiel de l'amélioration de la collaboration entre les deux corps de métier. Nous proposons d'inclure,

dans le cursus des futurs psychologues et psychiatres, des éléments-clé concernant les spécificités de l'accueil des patients en soins primaires, afin que les PSM puissent mieux appréhender les besoins d'information et de coopération des médecins généralistes. Ainsi, les PSM gagneraient à

- tenir compte des prescriptions médicales, lors des expositions par exemple. En effet, un patient sous médication anxiolytique et/ou antidépressive peut présenter un seuil de réactivité anxieuse modifié à cause de la médication, et un travail comportemental complémentaire sera souvent nécessaire pendant et après le sevrage médicamenteux.
- favoriser les échanges avec les médecins généralistes, à partager en temps réel des réflexions ou d' observations concernant un patient suivi en commun.

Nous avons essayé de montrer que les T.C.C. constituent une approche psychothérapeutique validée et adaptée aux soins primaires, tant dans la détection et la prise en charge de troubles mentaux courants que dans la prise en charge des aspects psychologiques de troubles somatiques et que certaines techniques cognitivo-comportementales, sans constituer une psychothérapie *stricto sensu* permettent d'enrichir le répertoire de la psychothérapie non-spécifique pratiquée par le médecin.

Les limites de ce travail

Notre objectif initial était d'évaluer, auprès des médecins généralistes français, si le degré de familiarité avec les concepts et techniques cognitivo-comportementales était corrélé aux conduites diagnostiques et thérapeutiques dans le domaine des psychopathologies. Le faible nombre de réponses n'a pas permis d'évaluation statistique et n'apporte donc pas de données concluantes dans ce domaine et nous le regrettons puisqu'il n'existe à notre connaissance pas d'étude française à ce sujet.

Nous avons tenté de nous baser sur des publications récentes dans le domaine de la médecine familiale, de la recherche neuro-scientifique sur les maladies mentales et de l'efficacité thérapeutique des T.C.C. Les publications récentes sont en grande partie d'origine étrangère, anglo-saxonne mais également francophone, grâce notamment aux équipes canadiennes et suisses. Certaines notions sont difficilement transposables d'un pays à l'autre car l'organisation des systèmes de santé et la place des T.C.C. dans la prise en charge psychiatrique et somatique sont souvent très différentes par rapport à la France.

Les paragraphes concernant les concepts explicatifs récents qui sous-tendent la compréhension actuelle des troubles mentaux sont succincts et forcément très incomplets et nous le regrettons ; nous renvoyons le lecteur intéressé à l'excellent ouvrage collectif publié sous la direction de Ceschi et Van der Linden (2008).

Ouvertures et perspectives d'avenir :

Nous avons pour projet la conception d'autres modules de FMC illustrant de façon plus précise et adaptée à l'utilisation clinique les apports des T.C.C. en soins primaires, dont le contenu et la présentation correspondent aux souhaits exprimés par les médecins généralistes lors des entretiens structurés.

Thématiques prévues des modules :

- Troubles de l'humeur (Dépressions, Troubles Bipolaires)
- Troubles Anxieux (Anxiété Sociale, Trouble Panique avec/sans agoraphobie, Trouble Anxieux Généralisé, Phobies spécifiques et notamment phobies médicales)
- Trouble Obsessionnel et Compulsif
- Troubles du Comportement Alimentaire (Anorexie mentale, Boulimie)
- Usage problématique de substances
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes
- Troubles délirants (schizophrénie)
- Troubles envahissants du développement (notamment troubles autistiques)
- La relation thérapeutique
- La gestion émotionnelle et “l'hygiène mentale” du praticien au quotidien

Plan prévu pour les modules :

Chaque module comportera deux parties. Une première partie sera consacrée aux aspects théoriques du thème :

- Données épidémiologiques — Prévalence, sex-ratio, co-morbidités...
- Définitions, critères diagnostiques et description du trouble selon ses composantes émotionnelles, cognitives, comportementales et somatiques
- Éléments étio-pathogéniques selon le modèle bio-psycho-social
- Recommandations de prise en charge selon les données factuelles
- Aspects de la prise en charge au cabinet médical
- Instruments psychotechniques de détection et d'évaluation
- Prise en charge T.C.C.
- Collaboration MG-PSM
- Suivi et prévention des récidives
- Littérature, instruments psychotechniques

La deuxième partie présentera l'enregistrement vidéo d'un entretien clinique consacré à l'analyse fonctionnelle ainsi que des exemples de techniques d'entretien en jeux de rôle.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Adam, T., & Epel, C. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology and Behavior*, *91*, 449-458.
- 2 AFSSAPS (2006). Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et les troubles de l'anxiété de l'adulte. Saint Denis: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
- 3 Alexander, N., Wankerl, M., Hennig, J., Miller, R., Zänkert, S., Steudte-Schmiedgen, S., Stalder, T., & Kirschbaum, C. (2014). DNA methylation profiles within the serotonin transporter gene moderate the association of 5-HTTLPR and cortisol stress reactivity. *Translational psychiatry*, *4*, 443 doi:10.1038/tp.2014.88
- 4 Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A. & de Hamer, R.M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder : A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, *166(14)*, 1512-1518.
- 5 Alvarez, A.S., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health : a research critique. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*, *91 (2), 13 Suppl 1*,173-80

- 6 Ambrosi, J. (1997). *La Gestalt thérapie revisitée*. 2^o édition. Toulouse : Privat.
- 7 Ambrus, J., & Hermann, P. (1976). La psychothérapie de soutien existe-t-elle? ou la place des traitements de soutien dans les psychothérapies de la pratique courante. *Psychologie médicale* ; 8,2,253-271
- 8 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.(2004). DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version internationale avec les codes CIM-10 4^{ème} éd. Paris: Masson
- 9 ANAES (2001). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte I.B.S.N. : 2-910653-00-0
- 10 André, C., & Lelord, F. (2000) . *Comment gérer les personnalités difficiles ?* Paris : Odile Jacob
- 11 Andrews, G., & Anderson, S. (2004). *Unmet need in psychiatry : Problems, resources, responses*. Cambridge University Press.
- 12 Andrieux, S., Gaudrat, B., Mariau, F., & Mulliez, E. (2014). Ces obèses qui ne mangent pas. *Obésité*, 9,163-170. DOI: 10.1007/s11690-013-0413-6
- 13 Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., de Smedt, T. J., van den Haute, M., et al. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1),49-55.
- 14 Antoy, M.M. & Barlow D.H. (2002). Specific phobia. In D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders : The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd edition, 380-417). New York : Guilford
- 15 Archinard, M., & Prime, M.D. (1995). *Evaluation primaire des troubles mentaux*. Zürich, Switzerland: Pfizer, S.A.
- 16 Arnold, I.A., DeWaal, M.W., Eekhof, J.A., & VanHemert, A.M. (2006). Somatoform disorder in primary care : Course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, 47(6), 498-503.
- 17 Aschim, B., Lundevall, S., Martinsen, E.W., & Frich, J.C. (2011). General practitioners' experiences using cognitive behavioural therapy in general practice: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health*, 29(3),176-180.
- 18 Aylonn, T., & Azrin, N.H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the experimental analysis of behavior*. Nov, 8(6), 357-83 doi: 10.1901/jeab.1965.8-357
- 19 Balint, M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot
- 20 Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. The Panic and Agoraphobia Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(2),73-81.
- 21 Bandelow, B.; Wiltink, J.; Alpers, G.; Benecke, C.; Deckert, J.; Eckhardt-Henn, A. et al. (2014). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. www.awmf.org/leitlinien.html
- 22 Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs N-J: Prentice Hall.

- 23 Barkley, R.H. (1995). *Taking charge of TDA/H – The complete authoritative guide for parents*. Guilford Press.
- 24 Barnes, M., Sherlock, S., Thomas, L., Kessler, D., Kuyken, W., Owen-Smith, A., et al. (2013). No pain, no gain: Depressed clients' experiences of cognitive behavioural therapy. *British Journal for Clinical Psychology*, 52(4), Nov, 347-64.
- 25 Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- 26 Barsky, A.J., Orav, E.J. & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.
- 27 Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- 28 Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
- 29 Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 30 Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B., & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.
- 31 Belar, C.D. & Deardorff, W.W. (2009). *Clinical health psychology in medical settings : A practitioner's guidebook (2nd ed.)*. Washington, DC : American Psychological Association.
- 32 Benumof, J.L. (2004). Obesity, sleep apnea, the airway and anesthesia. *Current Opinions in Anaesthesiology*, 17, 21-30
- 33 Bernardy, K., Klose, P., Busch, A.J., Choy, E.H., & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Systematic Review*, 10(9), CD009796.
- 34 Berquin, A. (2010). Le modèle bio-psycho-social : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale Suisse*, n°258, (6), 1511-1513.
- 35 Bienvenu, O.J. & Eaton, W.W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.
- 36 Billioti de Gage, S., et al. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *British Medical Journal*, 345, e6231
- 37 Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., & Gilbert, P. (2002). Shame, humiliation and entrapment in psychosis. A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In A.P. Morrison (Ed). *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. New York: Brunner-Routledge.
- 38 Blacker, C.V., & Clare, A.W. (1987). Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 150, June, 737-51.
- 39 Blair, A. (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognition*, 57(1), 1-29. doi:10.1016/0010-0277(95)00676-P
- 40 Blankenstein, A.H., Van der Horst, H.E., Schilte, A.F., et al. (2002). Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own

- general practitioners. *Patient Education and Counselling*, 47, 229-35.
- 41 Boardman, A.P. (1987). The General Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by General Practitioners : A replicated study. *The British Journal of Psychiatry*, 151, 373-381. doi:10.1192/bjp.151.3.373
- 42 Boardman, J., Henshaw, C., & Willmott, S. (2004). Needs for mental health treatment among general practice attenders. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 318-327. doi: 10.1192/bjp.185.4.318
- 43 Boivin I., & Marchand A. (1996). *Évaluation structurée pour les troubles anxieux du DSM-IV*. Montréal, Québec: Université du Québec à Montréal, Département de psychologie.
- 44 Bonnet, F., Irving, K., Terra, J.L., Nony, P., Berthezene, F., & Moulin, P. (2005). Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. *Journal of Hypertension*, 23(3), 611-617.
- 45 Borowsky, S.J., Rubenstein, L.V., Meredith, L.S., Camp, P., Jackson-Triche, M., & Wells, K.B. (2000). Who is at risk of non-detection of mental health problems in primary care ? *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 381-88.
.doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x
- 46 Bouix, J.C., Huas, D., Clément, C., et al. (1995). Intervention auprès des consommateurs à problèmes. *Revue Pratique de Medecine Generale*, 9(287), 22-25.
- 47 Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Paris : Masson.
- 48 Bower, P., Garralda, E., Kramer, T., Harrington, R., Sibbald, B. et al. (2001). The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care : A systematic review. *Family Practice*, vol.18, 373-382.
- 49 Briot, M. (2005). *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. HAS n°422 2005-2006.
- 50 Briot, M. (2006). *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*. Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 22.06.2006.
- 51 Brower, K.J., Aldrich, M.S., Robinson, E.A.R., Zucker, R.A. & Greden, J.F. (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 158,399-404
- 52 Brown, G., Harris, T. & Peto, J. (1973b). Life events and psychiatric disorders, Part 2 : Nature of causal links. *Psychological Medicine*, (3),159-176.
- 53 Brunetti, P.M. (1997). Rural Vaucluse : Two surveys on the prevalence of mental disorders. Summary of data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 52, S263, 12-15. doi 10.1111/j.1600-0447.1975.tb02279.x
- 54 Bundesärztekammer (2013). NVL Kreuzschmerz Kurzfassung 06. August 2013, Version 4. <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>
- 55 Burgio, K.L., Kraus, S.R., Menefee, S. et al. (2008). Urinary Incontinence Treatment Network. Behavioral therapy to enable women with urge incontinence to discontinue drug treatment. *Annals of Internal Medicine*, 149,161-9.
- 56 Burke, B.L., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). *The efficacy of motivational interviewing and its adaptations : What we know so far*. In Miller W.P. & Rollnick, S. (Eds), *Motivational*

- interviewing : Preparing people for change 2nd edition. New York : Guilford
- 57 Byrne, R.E., & Morrisson, A.P. (2013). Young people at risk of psychosis: Their subjective experiences of monitoring and cognitive behaviour therapy in the Early Detection and Intervention Evaluation 2nd trial. *Psychology and Psychotherapy*, 24, Aug.
- 58 Calabrese, L. & Stern, T.A. (2004) . *The patient with multiple medical complaints*. In T.A. Stern, J.B. Herman, & P.L. Salvin (Eds.) Guide to primary care psychiatry. New York : MacGraw-Hill.
- 59 Calamari, J.E., Wiegartz, P.S., Riemann, B.C., Cohen, ; R.J., & Greer, A. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes : an attempted replication and extension of a symptôm-based taxonomy. *Behavior Research and Therapy*, 42, 647-670.
- 60 Callahan, S., & Chabrol, H. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod
- 61 Campbell, N.R.C., Burgess, E., Taylor, G., Wilson, E., Cleroux, J., Fodor, J.G. et al (1999). Lifestyle changes to prevent and control hypertension : Do they work ? *Canadian Medical Association Journal*, 160(9), 1341-1344.
- 62 Campbell, W.H. & Rohrbaugh, R.M. (2006). *The biopsychosocial formulation manual : A guide for mental health professionnals*. New York : Routledge
- 63 Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J. et al. (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Unité d'Evaluation et d'Expertise Collective, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Paris: Éditions INSERM
- 64 Carels, R.A., Blumenthal, J.A. & Sherwood, A. (1998). Effects of satisfaction with social support on blood pressure in normotensive and bordelrine hypertensive men and women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 76-85.
- 65 Carter, P.A., Dyer, K.A., & Mikan, S.Q. (2013). Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: testing the feasibility of an intervention. *Oncology Nursing Forum*, 1, 40(5), Sep, 368-73.
- 66 Castro, F. (site internet http://www.surdi13.org/conference_acouphenes.htm.) Site consulté le 8.8.2015
- 67 Cathébras, P., & Rousset, H. (1993). Le concept de somatisation est-il utile au clinicien ? *Annales de Médecine Interne* 144, 157-160.
- 68 Ceschi, G. (2012). *La rescénarisation des images intrusives : une procédure d'intervention transdiagnostique*. Atelier lors de la 8ème Université d'Eté de l'Association pour l'Etude, la Modification et la Thérapie du Comportement. Université Catholique Libre Louvain-la-Neuve. <http://www.uclouvain.be/271269.html>.
- 69 Chan Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., & Guilbert, P. (sous la dir.) (2005). *La dépression en France*. Saint Denis : INPES, Coll. Etudes Santé.
- 70 Chrousos, G.P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *National Review of Endocrinology*, 5, 374-381. doi:10.1038/nrendo.2009.106
- 71 Ciraulo, D.A, Barlow, D.H., Gulliver, S.B., Farchione, T, Morissette, S.B., Akmholz, B.W. et al. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behavior Research*

- and Therapy*, 51(11), 729-35.
- 72 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press
- 73 Clark, D., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York : Guilford Press
- 74 Clark, D., Salkovskis, P., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and Imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- 75 Cloninger, C.R. (2002). The implications of comorbidity for the classification of mental disorders: The need for a psychobiology of coherence. In Maj, M., Gaebel, W., Lopez-Ibor, J.J. et al (Eds.). *Psychiatric Diagnosis and Classification*. pp. 79-105. Chichester : John Wiley & Sons.
- 76 Clum, G.A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2),317-26.
- 77 Cole, P.M., Martin, S.E, & Dennis, T.A. (2004) Emotion régulation as a scientific construct : Methodological challenges and direction for child development. *Child Development*,75, 317-333.
- 78 Collectif d'Experts. (2012) Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances : une expertise collective de l'Inserm. Paris: Éditions INSERM
- 79 Comité de la Sécurité Alimentaire Mondiale (2012). S'entendre sur la terminologie. *CSA, 39ème session, 15-20 Octobre*, p.17
- 80 Commission des communautés européennes : Communication de la commission au conseil et au parlement européen. (2002.) *La santé et la lutte contre la pauvreté dans les pays en développement* COM(2002)129 final. Bruxelles.
- 81 Comstock, G.W. & Helsing, K.J. (1977). Symptoms of depression in two communities. *Psychological Medicine*, 6, 551-563. doi:10.1017/S0033291700018171.
- 82 Coste, J., Paolaggi, J.B., & Spira, A. (1994). Classification of Nonspecific Low Back Pain. I. Psychological Involvement in Low Back Pain: A Clinical, Descriptive Approach. *Spine*, vol.17, 9.
- 83 Costello, C.G. (1982). Social factors associated with depression : a retrospective community study. *Psychological Medicine*, Vol. 12, 329-339 doi <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700046663>
- 84 Cottraux, J. (1978). *Les thérapies comportementales*. Paris : Masson
- 85 Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. 4ème éd. Paris: Masson
- 86 Cottraux, J. (2006). Les thérapies comportementales et cognitives. *Médecine*, vol. 2(10), Déc, 451-55.
- 87 Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris : Masson
- 88 Cottraux, J. (2009). *TCC et neurosciences*. Paris : Masson
- 89 Coventry, P.A., & Gellatly, J.L. (2008) Improving outcomes for COPD patients with mild-

- to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy. *British Journal of Health Psychology* 9(13), 381-400. DOI: 10.1348/135910707X203723
- 90 Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In: Barlow, D.H. (editor). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press
- 91 Craske, M.G., Barlow, D.H. & O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. New York : Graywind Publications
- 92 Craske, M.G., Golinelli, D., Stein, M.B., Roy-Byrne, P., Bystritsky, A., & Sherbourne, C.D. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary care setting? *Psychological Medicine*, 35,1-10.
- 93 Cummings, N.A. (1977). Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. *Professionnal Psychology*, 8, 491-501.
- 94 Cummings, N.A. (2000). *The essence of psychotherapy: Reinventing the art for the new era of data*. New York : Academic Press.
- 95 Cungi, Ch. (2006). *L'Alliance thérapeutique*. Paris : Retz
- 96 Cungi, C., & Deglon, C. (2009). *Cohérence cardiaque : nouvelles techniques pour faire face au stress*. Paris : Retz
- 97 Damasio, A.R. (2002). *Le sentiment même de soi: Corps, émotions, conscience*. Paris: O. Jacob
- 98 DGPPN (2012). S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression. Kurzfassung Januar Vers. 1.3 <http://www.versorgungsleitlinien.de>
- 99 Dilling, H., Weyerer, S., & Castell, R. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke
- 100 DiTomasso, R.A., Golden, B.A., & Morris, H.J. (Eds.) (2010). *Handbook of cognitive-behavioral approaches in primary care*. New York: Springer
- 101 Duval, C. (2012). 165 Millions de malades mentaux en Europe. *La Recherche*, 6, 42
- 102 Eberwein, W., & Thielen, M. (2014). *Humanistische Psychotherapie : Theorien, Methoden, Wirksamkeit*. Giessen : Psychosozial Verlag
- 103 Editorial (2012). Living with grief. *The Lancet*, Vol. 379, issue 9815 (2), 589. doi:10.1016/S0140-6736(12)60248-7
- 104 Eisenberg, L., & Kleinman, A. (1981). *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht : D.Reidel
- 105 Eisenberger N.I., & Lieberman M.D. (2005). *Broken hearts and broken bones: The neurocognitive overlap between social pain and physical pain*. In Williams K.D., Forgas J.P., von Hippel, Eds. : *The Social Outcast: Ostracism, Social Exclusion, Rejection, and Bullying*. New York: Cambridge University Press.
- 106 Eisenberger, N.I. (2012). The neural basis of social pain : Evidence for shared representations with physical pain. *Psychosomatic Medecine*. February 74(2); [126–135](#).
- 107 Elis, O., Caponigro, J.M., & Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*. 16,33(8), Jul, 914-928.

- 108 Ellis, A., Ellis, D.Joffe (2011). *Rational Emotional Behavior Therapy (Theories of psychotherapy)*. 3rd edition. Amer Psychological Association.
- 109 Emery, J.-L. (2002). *Surmontez vos peurs*. Paris, Odile Jacob
- 110 Emminghaus, H. (1878). *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen*. Leipzig : F.C.W. Vogel
- 111 Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science*, 198, 129-96
- 112 Engel, G.L. (1980). The clinical application of the bio-psycho-social model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- 113 Escobar, J.I., Gara, M.A., Diaz-Martines, A.M., et al. (2007). Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy-type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *The Annals of Family Medicine*, 5, 328-335.
- 114 European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe) (2005). *The European definition of general practice/ Family medicine*. Short Version Euract.
- 115 Evans, J.R., & Abarbanel, A. (1999). *Introduction to quantitative EEG and Neurofeedback*. San Diégo : Academic Press.
- 116 Everly Jr., G.S., & Lating, J.M. (2013). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York : Editions Springer. doi 10.1007/978-1-4614-5538-7_1
- 117 Eysenck, H.J. (1964). *Experiments in Behaviour Therapy*. London: Pergamon Press
- 118 Fairburn, C.G. (1997). *Cognitive-behavioral treatment for bulimia*. In Garner & P Garfinkel (Eds) *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York : Guilford Press
- 119 Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York : Guilford Press, (Eds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York : Guilford Press.
- 120 Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G.T. (2008). *Eating disorders : A transdiagnostic protocol*. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders : A step by step treatment manual*. New York : Guilford.
- 121 Fanget, F., & Rouchouse, B. (2007). *L'affirmation de soi: une méthode de thérapie*. Paris: O.Jacob.
- 122 Favrod, J. & Barrelet, L. (1993). Efficacité de l'entraînement des habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie. *Journal de Thérapie cognitive et comportementale*, 3, 3, 84-94.
- 123 Feinstein, A.R. & Horwitz, R.I. (1997). Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *American Journal of Medicine*, 103, 529-535.
- 124 Fleury, M.J., Farand, L., Aubé, D., & Imboua, A. (2012). Management of mental health problems by general health practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician*, 58(12), 732-8, 725-31.
- 125 Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD : Emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. New York : Oxford University Press.
- 126 Foa, E.B., Jameson, J.S., Turner, R.M. & Payne, L. (1980). Massed vs spaced exposure

- sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338
- 127 Foldes-Busque, G., Marchand, & A., Landry, P. (2007). L'identification et le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie. *Canadian Family Physician*, 53(10), 1686-1693.
- 128 Foncin, J.-F. (2008). *Réflexions à partir de l'importance de la notion de cause dans la classification des « maladies »*. In Prat, Raynal-Roques, & Roguenant (Eds). Peut-on classer le vivant ? Linné et la systématique aujourd'hui. Paris : Éditions Belin
- 129 Fontaine, O. & Fontaine, P. (2007). *Guide clinique de TCC*. Paris: Les usuels Retz.
- 130 Fradin, J., & Lefrançois, C. (2014). *La thérapie neurocognitive et comportementale*. Louvain-la-Neuve: de Boeck.
- 131 Frappé, P., Attali, C., & Matillon, Y. (2010). Socle historique des référentiels métiers et compétences en médecine générale. *Exercer ; 91, 41-46*.
- 132 Freden, L. (1982). *Aspects psycho-sociaux de la dépression : en sortir ?* Bruxelles: Mardaga.
- 133 Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H. & Wik, C. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior Research and Therapy*, 26, 241-244.
- 134 Freeman, A., & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224–234
- 135 French, D., Noël, M., Vigneau, F., French, J., Cyr, C., & Evans, R. (2005). *Revue canadienne des sciences du comportement*. 37,3, 181-192
<http://dx.doi.org/10.1037/h0087255>
- 136 Friedi, K., King, M.B., Llyod, M., & Horder, J. (1997). Randomised controlled assessment of non directive psychotherapy versus routine general practitioners care. *The Lancet*, 350, 1643
- 137 Friedman, M. (1996) *Type A behavior : Its Diagnosis and Treatment*. New York : Plenum Press (Kluwer Academic Press)
- 138 Fullen, B.M., Blake, C., Horan, S., Kelley, V., Spencer, O., & Power, C.K. (2013). Ulysses: the effectiveness of a multidisciplinary cognitive behavioural pain management programme- an 8-year review. *Irish Journal of Medical Science*, 13, Aug.
- 139 Furukawa, T.A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 188, 305-12.
- 140 Gabriel, P., & Liimatainen, M.R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Geneva: International Labour Office.
- 141 Galatzer-Levy, I.R., Ankri, Y., Freedman, S., Israeli-Shalev, Y., Roitman, P., Gilad, M. et al. (2013). Early PTSD symptom trajectories: Persistence, recovery, and response to treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study (J-TOPS). *PLoS One*, 22,8(8),e70084.(open access resource)
- 142 Gallagher, M.W., Payne, L.A., White, K.S., Shear, K.M., Woods, S.W., Gorman, J.M. et al. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: the unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behavior Research and Therapy*, 51(11), 767-77.
- 143 Gallais, J.L. (1994). Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions

- médicales et sociales. Rapport FISP-RNSP. *Documents de Recherche en Médecine Générale SFMG*, 45,1-104.
- 144 Gallais, J.L., & Alby, M.L. (2002). Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37 956 A 2 0. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier
- 145 Galvao-de Almeida, A., Araujo Filho, G.M., Berberian, Ade A., Treszniak, C., Nery-Fernandes, F., Araujo Neto, C.A. et al. (2013). The impacts of cognitive-behavioral therapy on the treatment of phobic disorders measured by functional neuroimaging techniques: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Jul-Sep,35(3),279-83.
- 146 Gans, K.M., Ross, E., Barner, C.W., Wylie-Rosett, J., McMurray, J., & Eaton, C. (2003). REAP and WAVE : New tools to rapidly assess/discuss nutrition with patients. *Journal of Nutrition*, 133(2), 556-562.
- 147 Gasquet, I., Nègre-Pagès, L., Fourrier, A., Nachbaur, G., El Hasnaoui, A., Kioves, V., et al. (2005). Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: Résultats de l'étude épidémiologique ESEMeM/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. *L'Encéphale*, 31,195-206.
- 148 Gautier, A. (2003). *Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003*. Paris: Editions INPES.
- 149 Geerlings, M., Schoevers, R.A., Beekman A.T., Jonker, C., Deeg, D.J., Schmand, B., Adèr, H.J., Bouter, L.M., & Van Tilburg, W. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease : Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*,176 (6), 568-575
- 150 Germain, V., & Marchand, A. (2004). Effect of different variables on the outcome of various cognitive-behavioral treatment modalities for panic disorder with agoraphobia. *L'Encephale*,30,548-56.
- 151 Gilboa-Schechtman, E., Erhard-Weiss, D., & Jeczemien, P. (2002). Interpersonal deficits meet cognitive biases : Memory for facial expressions in depressed and anxious men and women. *Psychiatry Research*, 113(3), 279-293.
- 152 Gledhill J., Kramer, T., Iliffe, S., & Garralda, E. (2003). Training general practitioners in the identification and management of adolescent depression within the consultation: A feasibility study. *Journal for Adolescence*, vol 26., 245-250. doi : org/10.1016/S0140-1971(02)00128-8
- 153 Glovinsky, P.B. & Spielmann, A.J. (1991). Sleep restriction therapy. In P.J. Hauri (Ed), *Case studies in insomnia*, 49-63, New York : Plenum
- 154 Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- 155 Goldberg, D., Clifford, K., & Thompson, L. (1977). Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*, 6(4) Febr, 565-569. doi:10.1017/S0033291700018183.
- 156 Goldin, P.R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J.J. (2013). Impact of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs: Randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 14, Aug.
- 157 Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for

- panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-44.
- 158 Gray, J.A. (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition and emotion. Vol 4, 3*, 269-288. DOI:10.1080/02699939008410799
- 159 Gray, A., Hyde, T., Deep-Soboslay, A., Kleinman, J. & Sodhi, S. (2015). Sex differences in glutamate receptor gene expression in major depression and suicide. *Molecular Psychiatry*, 7, doi:10.1038/mp.2015.91
- 160 Grisart, J. (2001). *A cognitive-motivational perspective on cognitive deficits in chronic pain patients*. These de doctorat non publiée, Université catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, Belgique.
- 161 Gross, J. & Levenson, R. (1993). Emotional Suppression: Physiology, self-report and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- 162 Gyani, A., Pumphrey, N., Parker, H., Shafran, R. & Rose, S. (2012). Investigating the use of NICE guidelines and IAPT services in the treatment of depression. *Mental Health in Family Medicine*, 9(3), Sep, 149-60.
- 163 Hamilton, J.G. (1995). Needle phobia : A neglected diagnosis. *Journal of Family Practice*, 41(2), 169-175.
- 164 Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 33(8), Jul, 954-964.
- 165 Harwood, D.G., Barker, W., Ownby, R., Mullan, M. & Duara, R. (2004). No association between subjective memory complaints and apolipoprotein E genotype in cognitively intact elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1131-1139.
- 166 HAS (2006). *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnies en médecine générale*. Haute Autorité de Santé.
- 167 HAS (2007). *Prise en charge de votre trouble anxieux*. Guide ALD
- 168 HAS (2007). *Schizophrénies . Guide médecins 23-* Guides Affections de longue durée.vwww.has-santé.fr
- 169 HAS (2010). *Troubles anxieux graves*. Actualisation de Novembre 2010. Paris, Haute Autorité de Santé
- 170 Haslam, D.W. & James, W.P. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366(9492), 1197-1209.
- 171 Haut Comité de la Santé Publique. (1998). *La santé en France 1994-1998*. Paris : La Documentation Française
- 172 Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- 173 Hayward, R. (2014). *The transformation of the psyche in British Primary Care, 1880 to 1970*. Great Britain: Bloomsbury Academic.
- 174 Heins, M.J., Knoop, H., Burk, W.J., & Bleijenberg, G. (2013). The process of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: Which changes in perpetuating cognitions and behaviour are related to a reduction in fatigue? *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), Sep, 235-41.
- 175 Hellum, C. et al. (2011). Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with lowback pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study. *British Medical Journal*, 342 , d2786.
- 176 Hirai, M., & Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety

- problems. *Behavior Therapy*, 37(2), 99-111.
- 177 Hollinghurst S., Carroll, F.E., Abel, A, Campbell, J., Garland, A., & Jerrom, B. (2014). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: economic evaluation of the CoBaIT Trial. *British Journal of Psychiatry*, 204(1),69-76.
- 178 Holmes, T. & Rahe, R. (1967). Social Readjustment Stress Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, vol.11, 2, 213-218. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- 179 Holzer, L. (2014). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Une approche basée sur les preuves*. Bruxelles: De Boeck Solal.
- 180 Hoyt, M. (2009). Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. *Psychology and Health*, 24, 981-996.
- 181 Huibers, M.J., Beurskens, A.J., Bleijenberg, G., & van Schayck, C.P. (2007). Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 3.
- 182 Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Journal of Psychology*, 44, (1),61-73.
- 183 Hunsley, J., & Mash, E.J. (Eds.) (2008). *A guide to assessments that work*. New York : Oxford Press
- 184 Imbierowicz, K., & Egle, U.T. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7,113–119.
- 185 Inserm Expertise Collective (2002). *Troubles Mentaux. Dépistage et Prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Rapport établi à la demande de la CANAM. Paris : Les Editions Inserm.
- 186 International statistical classification of diseases and related health problems CIM (10th ed.). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F32> _
- 187 James, R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 5-7. Doi: 10.1192/bjp.182.1.5
- 188 Jencks, S.F. (1985). Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *Journal of American Medical Association*, 253(13), 1903-1906.
- 189 Jin, H., Shih, P.B., Golshan, S., et al. (2013). Comparison of longer-term safety and effectiveness of 4 atypical antipsychotics in patients over age 40 : a trial using equipoise-stratified randomization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(1),10-18
- 190 Joorman, J., Hertel, P., Brozovich, F. & Gotlib, I.H.(2005). Remembering the good, forgetting the bad : Intentional forgetting of emotional material in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 640-648.
- 191 Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1).
- 192 Kacher, P.A. (1977). *Learned helplessness : cognitive, behavioral and emotional outcomes of exposure to insoluble problems*. Adelphi University.
- 193 Kandel, O., Bousquet, M.-A., & Chouilly, J. (2015). Manuel théorique de médecine générale. Paris, GMSanté pour la Société Française de Médecine Générale SFMG
- 194 Katerndahl, D.A., & Ferrer, R.L. (2004). Knowledge about recommended treatment and management of major depressive disorder, panic disorder and generalized anxiety disorder among family physicians. Prime Care Companion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6,147-51.
- 195 Katon, W. (2002). Undertreatment of panic disorder in primary care: relation of patient and

- physician characteristics. *Journal of the American Board of Family Practitioners*, 15,443-50.
- 196 Katon, W.J., & Walker, E.A. (1998). Medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 15-20.
- 197 Kendell, R.E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 180, 110-115. doi 10.1192/bjp.180.2.110
- 198 Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., & Prescott, C.A.(2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60,789–96.
- 199 Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S. et al. (2005). Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 331,435-40.
- 200 Kennerly, H. (2008). *Réussir à surmonter: peurs, anxiétés et phobies*. InterEditions.
- 201 Kessel, W.J. (1966). Psychiatric Morbidity in a London General Practice. *British Journal of Preventative and Social Medicine*, 14,16-22.
- 202 Kessler, R., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- 203 King, M., Marston, L., & Bower, P. (2013). Comparison of non-directive counselling and cognitive behaviour therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: a randomized control trial. *Psychological Medicine*, 8, Oct, 1-10.
- 204 Kleftaras, G. (2004). *La dépression, approche cognitive et comportementale*. Paris : L'Harmattan,
- 205 Kleinmann, A. (2008). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: Simon & Schuster.
- 206 Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (Eds.) (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe: The future direction of mental health care*. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead, UK: Mc Graw Hill Open University Press.
- 207 Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866
- 208 Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, M.J., & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in life time use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213-20.
- 209 Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, M.J., & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in life time use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213-20.
- 210 Kroenke, K ; Spitzer, R.L., Williams, J.B., Linzer, M., Hahn, S.R., deGruy, F.V.^{3rd} et al. (1994). *Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment*. In L.J. Haas (Ed.), *Handbook of primary care psychology*. Oxford, UK : Oxford University Press.
- 211 Kryger, D.H., Roth, T., Dement, W.C., & Uhde, T.W. (1994). *Anxiety disorders*. In: Kryger

- D.H., Roth T., & Dement W.C. (Eds.). Principles and practice of sleep medicine. Vol 2. Philadelphia: Saunders .
- 212 Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D. et al. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. Publié en ligne: 20 April 2015
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- 213 Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.M. (Eds.) (1999). *Les troubles anxieux: Approche cognitive et comportementale*. Montréal, Québec: Gaétan Morin.
- 214 Lalive-Aubert, J. (2004). La thérapie cognitivo-comportementale pratiquée par le médecin de premier recours : un point de vue de psychiatre. *Revue Médicale Suisse*, n° 524, 3.
- 215 Lamberg, L. (2005). New tactics target medically unexplained physical symptoms and fears. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2152-2154.
- 216 Langlois, T., Klein, R. & Dionnet, Y. (2014). Intervention groupale pour la gestion des hallucinations : résultats préliminaires. 42^{ème} congrès scientifique de l'AFTCC, Paris décembre 2014. Symposium 2 : Recherche et réflexions sur les méthodes en TCC
- 217 Last, C.G., & Hersen, M. (Eds.) (1994). *Adult Behavior Therapy Casebook*. New York : Springer.
- 218 Lazarus, R.S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.
- 219 Lazarus, R.S., Folkman, S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 50, 3, 571-579.
- 220 Lecardeur, L. (2013). Cognitive behavior therapy after first-episodes psychosis. *L'Encephale*, 39 (Suppl 2), Sep, 115-20.
- 221 Lecrubier, Y. & Jourdain, G. (1990). Description de troubles dépressifs légers chez 3090 consultants de médecine générale : résultats préliminaires. *La semaine des Hôpitaux de Paris*, vol.66 (12), 655-658. Paris : Expansion Scientifique.
- 222 LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain*. New York: Weidenfeld & Nicolson.
- 223 Leeuwenhorst Working Party (1974). *The General Practitioner in Europe*. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. Netherlands: Leeuwenhorst.
- 224 Lefrançois, C., Galmiche, Z., Van Dijk, A., El Massioui, F., & Fradin, J. (2011). *A new assertiveness based therapy applied to OCD*. Présenté au 41^è Congrès de l'Association Européenne de Thérapie Cognitive et Comportementale, Reykjavik, Island.
- 225 Lehtinen, E. et al. (Eds.) (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Hamina (STAKES), National Research and Development Center for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- 226 Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, E., Raitasalo, R. et al. (1990). Need for mental health services of the adult population in Finland: Results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(5), 426-31.
- 227 Leon, A.C., Portera, M.S., Olfson, M., Kathol, R., Farber, L., Lowell, K.N. et al. (1999). Diagnostic errors in primary care screens for depression and panic disorder. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 29, 1-11.

- 228 Lépine, J.P. (1994). Comorbidity of anxiety and depression : Epidemiologic perspectives. (article in french). *L'Encephale*. Dec, 20, Spec n° 4, 683-92.
- 229 Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K. et al. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 2, Jun, 379(9831), 2063-71.
- 230 Levaux, M.N., Larøi, F., Danion, J.M., & Van der Linden, M. (2009). Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie*. Paris: Elsevier / Masson
- 231 Leventhal, H., & Everhart, D. (1979). *Emotion, pain, and physical illness*. In C.E. Izard (Ed.), *Emotions and psychopathology*. New York : Plenum Press.
- 232 Libri, J., & Lacoste, J. (2008). Diagnostic et prise en charge du trouble anxiété généralisée en médecine générale : une étude descriptive auprès de médecins généralistes de la Martinique. Thèse 3ème cycle, Faculté de Médecine de l'Université de Poitiers.
- 233 Lidbeck, J. (1997). Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 96:14-24.
- 234 Link, B.G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior, Special Issue*,80-94.
- 235 Lipowski, Z.J. (1988). Somatization : The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- 236 Lock, J. & le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 64-67.
- 237 Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R.L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S. et al. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physician's diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6),515-9.
- 238 Lowe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care : Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30,191-199
- 239 Lowy, F.H. (1975). Management of the persistent somatizer. *International Journal of Psychiatry Medicine*, (6), 227-239.
- 240 Luborsky, L. (1962). Clinician's Judgments of Mental Health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- 241 Lueken, U., Straube, B., Konrad, C., Wittchen, H.U., Ströhle, A., Wittmann, A. et al. (2013) Neural substrates of treatment response to cognitive-behavioral therapy in panic disorder with agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 28, Aug.
- 242 Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Corrigan, J., Joska, J.A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries:A systematic review. *Social Science and Medicine*, 71, 517-528. doi 10.1016/j.socscimed.2010.04.027
- 243 Lutsman, M., Bourgeois, I., & Vega, A. (2007). Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale. *Documents de Recherche en Médecine Générale*, 64, 11.
- 244 MacHorney, C.A., Ware, J.E. Jr., & Raczek, A.E. (2011). The MOS-36 item short form

- health survey (SF-36) : II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.
<http://www.jstor.org/stable/3765819> .
- 245 Maier, S.F. (2003). Bi-directional immune-brain communication : Implications for understanding stress, pain and cognition. *Brain, Behavior and Immunity*, 17(2), 69-85
- 246 Maier, W., Linden, M., & Sartorius, N. (1996). Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis : Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer WHO-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 93(18), A-1202/B-1026/C-962
- 247 Maj, M. (2005). Psychiatric comorbidity : An artefact of current diagnostic systems. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 182-184. doi: 10.1192/bjp.186.3.182
- 248 Malarewicz, J.-J. (2012). *Milton H. Erickson - De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris : ESF
- 249 Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur: guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie 3*. Québec: Les édition internationales Alain Stanké
- 250 Marks, J.N., Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 9 (2), 337-353.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700030853>
- 251 Martin, P.D., Rhode, P.C., Dutton, G.R., Redmann, S.M., Ryan D.H., & Brantley, P.J. (2006). A primary care weight management intervention for low-income African-American women. *Obesity (Silver Spring)*, 14(8), 1412-1420.
- 252 Marty, P. (1998). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot & Rivages.
- 253 Marzari, C., Maggi, S., Manzato, E., Destro, C., Noale, M., Bianchi, D et al. (2005). Depressive symptoms and development of coronary heart disease events : The Italian longitudinal study on aging. *Journals of Gerontology , Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, 60A(1), 85-91.
- 254 Mason, S.M. et al. (2014). Posttraumatic stress disorder symptoms and food addiction in women by timing and type of trauma exposure. *JAMA Psychiatry*, 71,1271–1278.
- 255 Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A. Yamagami, S., & Kaye, W.H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29, 407-414.
- 256 Maupas, J.L., & Hurtebize, P. (2008). *Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie*. Rapport du Comité de pilotage. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Eure, Seine-Maritime, Haute-Normandie. Hôpitaux de Rouen.
- 257 Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41
- 258 McNally, R. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-46.
- 259 Means-Christensen, A.J. , Sherbourne, C.D., Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., & Stein, M.B. (2003). Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: Diagnostic accuracy of the anxiety and depression detector. *General Hospital Psychiatry*, 28,108-18.

- 260 Means-Christensen, A.J., Arnau, R.C., Tonidandel, A.M., Bramson, R., & Meagher, M.W. (2005). An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(6), 565-72.
- 261 Memlouk, W. (2012). *Milton H. Erickson, le père de l'Hypnose moderne*. Paris, Nomad.
- 262 Metten, A., & Gras, D. (2008) Les représentations sur le sommeil, la prise en charge de l'insomnie chronique, et la consommation au long cours d'hypnotiques des médecins généralistes d'Alsace et de leurs patients : Enquête auprès de patients et de médecins généralistes d'Alsace. *Communication affichée au Congrès du CNGE 2008*. Angers.
- 263 Mezzich, J.E., Honda, Y., & Kastrup M.C. Eds. (1994). *Psychiatric Diagnostic : A world perspective*. New York: Springer Verlag.
- 264 Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., Wright, B.R.E., & Silva P.A. (1999). Low socio-economic status and mental disorders : A longitudinal study of selection and causation in young adulthood. *American Journal of Sociology*, Vol. 104, n° 4.
- 265 Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2012). *Traité de Régulation des émotions*. Bruxelles: De Boeck Solal.
- 266 Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *L'Entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions
- 267 Milosevic, A. (1999). Tooth surface loss : Eating disorders and the dentist. *British Dental Journal*, 186, 109-113.
- 268 Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27-45
- 269 Monroe, S.M., Rohde, P., Seeley, J.R., & Lewinsohn, P.M. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 606-14
- 270 Moreau Le Scanf, B. (2009). *Etude du trouble multisomatoforme chez les patients qui présentent un problème professionnel en médecine générale*. Thèse de Médecine, 12.11.2009 Faculté de Médecine de l'Université de Poitiers.
- 271 Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire : Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.
- 272 Mumford, E., & Schlesinger, H.J. (1987). Assessing consumer benefit: Cost offset as an incidental effect of psychotherapy. *General Hospital Psychiatry*, 9, 360-363
- 273 Mumford, E., Schlesinger, H.J., Glass, G.V., et al. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1145-1158
- 274 Murray, R., Hill, P., & MacGuffin, P. Eds. (1997). *Essentials of post-graduate psychiatry*. Cambridge: University Press
- 275 Naylor, C.D. (1995). Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *The Lancet*, 345, 840-2
- 276 Nery-Fernandez, F., Araujo Neto, C.A. et al. (2013). The impacts of cognitive-behavioral therapy on the treatment of phobic disorders measured by functional neuroimaging

- techniques: a systematic review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 35(3), Jul-Sep, 279-83.
- 277 Newman, M.G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-74.
- 278 Nicholas, M.K., Asghari, A., Sharpe, L., Brnabic, A., Wood, B., & Overton, S. (2013). Cognitive exposure versus avoidance in patients with chronic pain: Adherence matters. *European Journal of Pain*, 13, Aug.
- 279 Norman, S., Means-Christensen, A., Craske M., Sherbourne C., Roy-Byrne, P., & Stein, M. (2006). Association between psychological trauma and physical illness in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), September; 461-70.
- 280 Norton, J., de Roquefeuil, G., David, M., Boulenger, J.-P., Ritchie, K., & Mann, A. (2009). Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire : Adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*, vol. 35 issue 6, (12), 560-566
- 281 O'Connor, K., Ecker, W., Lahoud, M., & Roberts, S. (2012). A review of the inference-based approach to obsessive compulsive disorder. *Verhaltenstherapie*, 22, 47-55
- 282 O'Donohue W.T., Byrd M.R., Cummings N.A. & Henderson D.A.(Eds.) (2005). *Behavioral Integrative Care : Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.
- 283 Observatoire Français Drogues et Toxicomanies (2002). *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances*. Communiqué de presse. Paris : OFDT. www.drogues.gouv.fr
- 284 Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). ((1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- 285 OECD (2014). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care*. OECD health policy studies, OECD Publishing. doi:10.1787/978926408445-en
- 286 Ohayon, M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 9-15.
- 287 Ohayon, M. (2007) Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. *La Revue du praticien*, vol .57, 9, 1521-1529
- 288 Okifuji, A. & Ackerlind, S. (2007). Behavioral medicine approaches to pain. *Anesthesiology Clinics*, 25(4), 209-219.
- 289 Organisation mondiale de la Santé (2003). *Investir dans la Santé mentale*. Département de Santé mentale, abus de substances psychoactives. Genève : OMS
- 290 Organisation Mondiale de la Santé. (1990). *CIDI-Core. Composite International Diagnostic Instrument, Core Version*. Division of Mental Health, Geneva : WHO.
- 291 Organisation Mondiale de la Santé. (1990). Major depressive disorder. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F32> consulté le 10.10.2013
- 292 Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO.
- 293 Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *The World Health Report 2004. Changing History*. Geneva: WHO.

- 294 Organisation Mondiale de la Santé. (2005a). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: WHO.
- 295 Organisation Mondiale de la Santé. (2005b). *Mental health action plan for Europe: Facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: WHO.
- 296 Orleans, C.T., George, L.K., Houpt, J.L., & Brodie, H.K.H. (1985). How primary care physicians treat psychiatric disorders : A national survey of family practitioners. *American Journal of Psychiatry*, 142(1), 52-57.
- 297 Ormel, J., Maarten, W., Van Den Brink, W., & Van De Willige, G. (1991). Recognition, course and management of depression and anxiety in general practice. *Archives of General Psychiatry*, 48(8),700-706.
- 298 Ost, L.G. & Sterner, U. (1987). Applied tension : A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- 299 Otto M.W., Smits J.A., & Reese H.E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*,65(Suppl 5), 34-41.
- 300 Page, A.C., & Martin, N.G. (1998). Testing a genetic structure of blood-injury-injection fears. *American Journal of Medical Genetics*, 81, 377-384.
- 301 Panksepp, J. (2003). At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain. *Brain and Cognition*, 52(1), 4-14.
- 302 Parikh, S.V., Hawke, L.D., Zaretzky, A., Beaulieu, S., Patelis-Siotis, I., Macqueen, G. et al. (2013). Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: Similar clinical outcomes, similar mechanisms? *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8),482-6.
- 303 Patinen, M. & Hublin, C. (2005). Epidemiology of sleep disorders. In M.H. Kryger, T. Roth & W.C. Dement, *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphie : Elsevier Saunders.
- 304 Peignard, P. (2008). *Bien vivre avec des acouphènes*. Paris : Odile Jacob.
- 305 Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York : Springer Verlag
- 306 Perroud, A. (2010). *Savoir traiter la boulimie avec la TCC*. Paris : Retz.
- 307 Pham-Scottet, A. (2012). Troubles de la personnalité et troubles des conduites alimentaires. Modèles théoriques et réalité clinique. Thèse d'Université. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6.
- 308 Pichat, M. (2013). *La psychologie stoïcienne*. Paris : L'Harmattan
- 309 Pilowsky, D.J., Olfson, M., Gameroff, M.J., Wickramaratne, P., Blanco, C., Feder, A et al. (2006). Panic disorder and suicidal ideation in primary care. *Depression and Anxiety*, 23, 11-16.
- 310 Poirot, I. (2015). Traiter l'insomnie, quelle médication, quelle alternative? Les TCC dans l'insomnie. *Session focus, Congrès L'Encéphale 2015*.

- 311 Pouchain, D., Attali, C., de Butler, J. et al.(1996). *Médecine Générale. Concepts et Pratiques*. Paris: Masson.
- 312 Prasad, D.S. & Das, B.C. (2009). Physical inactivity : A cardiovascular risk factor. *Indian Journal of Medical Sciences*, 63(1), 33-42.
- 313 Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change : Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114 .
- 314 Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition. A critical examination. *Behavior Research and Therapy*, 15, 375-387.
- 315 Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- 316 Racine, S.E., Burt, S.A., Keel, P.K., Sisk C.L., Neale M.C., Boker, S., & Klump, K.L. (2015). Examining associations between negative urgency and key components of objective binge episodes. *International Journal of Eating Disorders*. DOI: 10.1002/eat.22412
- 317 Rainville, P., Duncan, G.H., Price, D.D., Carrier, B., & Bushnell C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science, August, Vol. 277 no. 5328*,968-971. DOI: 10.1126/science.277.5328.968
- 318 Rault, J.F., & Le Breton-Lerouillois, G. (2014). *Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er Janvier 2014*. Paris : CNOMData
- 319 Rebhandl, E., & Kunnamo, I. (2007). *Evidence-based-medicine-guidelines für Allgemeinmedizin*. Köln: Edition Deutscher Ärzte-Verlag.
- 320 Rees, C.S., Richards, J.C., & Smith, L.M. (1998). Medical utilization and costs in panic disorder: a comparison with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(5), 421–35
- 321 Régier, D.A., Goldberg, I.D. & Taube, C.A. (1978). The de facto US mental health services system. *Archives of General Psychiatry*, 35, 685-693.
- 322 Réseau partagé de santé mentale Yvelines Sud, consulté le 25.7.2015
<http://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages> (www.cnqsp.org)
- 323 Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rapie victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- 324 Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., Chen, V. & the Black/White Cancer Survival Study Group (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*, 152, 940-949.
- 325 Richardson, L.P., McCauley, E., Lindenbaum, J., Larison, C., Chuan, Z., Clarke, G. et al. (2014). Collaborative care for adolescents with depression in primary care : a clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 3 12(8), 809-816.
- 326 Richardson, W.S., Wilson, M.C., Nishikawa, J., & Hayward, R.S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions [editorial]. *ACP Journal Club*, 123, A12-A13
- 327 Richman, L.S., Kubzanky, L., Maselko, J, Kawachi, I., Choo, P. & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health : Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-

- 328 Rief, W. & Barsky, A.J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 996-1002.
- 329 Rief, W., Martin, A., Rauh, E., Zech, T., & Bender, A. (2011). *Evaluation of general practitioners' training : How to manage patients with unexplained physical symptoms*. Department of clinical psychology and psychotherapy, Phillips University of Marburg. The Academy of Psychosomatic Medicine : published by Elsevier.
- 330 Roberge, P., Marchand, A., Cloutier, K., Mainguy, N., Miller, J.-M., Begin, J. et al. (2005). Health care utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 79-88.
- 331 Rogé, B. (2008). *Autisme, comprendre et agir*. Paris : Dunod.
- 332 Romme, M.A., Honig, A., Noorthoorn, E., & Escher, A. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- 333 Ross, K., Kashner, T.M., & Smith, G.R. (1994). Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients : Improved outcome and reduced costs. *Général Hospital Psychiatry*, 16, 381-387.
- 334 Rouillon, F., & Leguay, D. (2004). Psychothérapies et politique de santé mentale : de quelques problèmes et recommandations. *L'Information Psychiatrique*, 80(7), 523-529.
- 335 Rousseau, A. & Knotter, A. (2007). *Prévention des troubles du comportement alimentaire : Intérêt des programmes de prévention chez l'enfant et l'adolescent*. In Chabrol, H. (Dir.) *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille : Solal
- 336 Rousseau, A., Valls, M., & La Roque, S. (2012). Influences médiatiques et insatisfaction corporelle chez les étudiantes à l'université. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 22, 53-59
- 337 Roy-Byrne, P., Craske, M.G., Stein, M.B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W. et al. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 290-8.
- 338 Roy-Byrne, P., Russo, J., Dugdale, D.C., Lessler, D., Cowley, D., & Rubens, M. (1997). Chronic anxiety: aspects of diagnosis and treatment. *Canadian Journal of Continued Medical Education (CME)*, 147-67.
- 339 Rozanski, A., Blumenthal, J.A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- 340 Rubens, M. (1997). Chronic anxiety: aspects of diagnosis and treatment. *Canadian Journal of Continuing Medical Education*, 147-67.
- 341 Russel Crane, D. (2008). The cost-effectiveness of family therapy: a summary and progress report. *Journal of Family Therapy*, 30:399-410
- 342 Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-2.
- 343 Salkovskis, P., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C. et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1055-1072.

- 344 Salkovskis, P.M. (Ed.) (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press.
- 345 Sami-Ali (2015). *Convergences : Essais de psychosomatique relationnelle*. EDP Sciences
- 346 Samuel-Lajeunesse, B., Mirabel-Sarron, C., Vera, L., Mehran, F. et al. (1998). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
- 347 Sanazaro, P.J. (1983). CME can improve patient care. *Western Journal of Medicine*, 138(4), 560-61.
- 348 Sargueil, S. (2012). La médicalisation des émotions banales. *La Recherche*, 6, 44
- 349 Sartorius, N., & Janca, A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the WHO. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol 31, (2), 55-6.
- 350 Schochat, T., Umphress, J., Israel, A., & Ancoli-Israel, S. (1999). Insomnia in primary care patients. *Sleep*, 22, S539-S365.
- 351 Seng, J., Kane Low, L., Sperlich, M., Rosnis, D. & Liberzon, I. (2009). Prevalence, traumatic history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstetrical Gynecology*, 10, 114,4, 839-847.
doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b8f8a2
- 352 Serfaty, M.A., Haworth, D., Blanchard, M., et al. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 66,1332-40.
- 353 Servan-Schreiber, D., Kolb, N.R., & Tabas, G. (2000). Somatizing patients : Part 1. Practical Diagnosis. *American Family Physician*, 61(4), 1073-1078.
- 354 Servan-Schreiber, D., Tabas, G., Kolb, R.E. & Haas, L.J. (2004). Somatoform disorders. In L.J. Haas (Ed.) : *Handbook of primary care psychology* (pp. 551-562). Oxford, UK : Oxford University Press
- 355 Servant, D. (2002). *Soigner les phobies sociales*. Paris, Masson
- 356 Servant, D., Logier, R., Mouster, Y. & Goudemand, M. (2008). La variabilité de la fréquence cardiaque. Intérêts en psychiatrie. *Encephale*. doi:10.1016/j.encep.2008.06.016
- 357 Sexton, T.L., Alexander, J.L., & Mease, A.L. (2004). Levels of Evidence for the Models and Mechanisms of Therapeutic Change in Family and Couple Therapy. In Lambert, M. Garfield & Bergin : *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, Wiley&Sons. ISBN: 978-0-471-37755-9
- 358 Syndicat Français des Médecins Généralistes (SFMG) *Fiche informative n° 6 Synchronie-Diachronie*
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/808/fichier_fiche6_diachronie_synchrone24cf1.pdf. Consultée le 28.12.2014
- 359 Shaefer, J., & Routledge, T. (2003). *Life without Ed : How one woman declared independence from her eating disorder and how you can too*. New York : McGraw-Hill
- 360 Shafran, R. & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion : a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107 ;
- 361 Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles*,

- protocols, and procedures*. New York : Guilford.
- 362 Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D.M., Davies, P. et al. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(10), CD008696.
- 363 Sifnéos, P. (1977). *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*. Paris : Mardaga
- 364 Skinner, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York : Knopf/Random House.
- 365 Smits, J.A., Hofmann, S.G., Rosenfield, D., Deboer, L.B., Costa, P.T., Simon, N.M. et al. (2013). D-Cycloserine augmentation of cognitive behavioral group therapy of social anxiety disorder: Prognostic and prescriptive variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 12(8).
- 366 Smoller, J.W. (2011). Do antidepressants raise the risk of stroke? *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 457-459.
- 367 Spence, A.P. & Mason, E.B. (1979). *Anatomie et Physiologie: Une approche intégrée*. Editions du nouveau pédagogique, Montréal (Québec)
- 368 Sperry, L. (2008). *Treatment of chronic medical conditions : Cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocol*. Washington, D.C. : American Psychological Association
- 369 Spiegel, D. (1999). *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*. Washington : American Psychiatric Press
- 370 Spitzer, R.L., Kroenke, K., & Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of the prime-MD: The PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-44.
- 371 Stahl, D., Rimes, K.A., & Chalder, T. (2013). Mechanisms of change underlying the efficacy of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in a specialist clinic: A mediation analysis. *Psychological Medicine*, 12(8), 1-14.
- 372 Stanton, A., & Grimshaw, G. (2013). Tobacco cessation interventions for young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(8), CD003289.
- 373 Stevanovic, D., Tadic, I., & Knez, R. (2014). Are antidepressants effective in quality of life improvement among children and adolescents? A systematic review. *CNS Spectrums* 19(2), April, 134-41.
- 374 Sullivan, J.L., & Feldman, S. (1979). *Multiple indicators : An introduction*. Beverly Hills, CA : Sage.
- 375 Sultan, S., Luminet, O. & Hartemann, A. (2010). Cognitive and anxiety symptoms in screening for clinical depression in diabetes: A systematic examination of diagnostic performances of the HADS and BDI-SF. *Journal of Affective Disorders*, 123, 332-336.
- 376 Tables rondes ministérielles, 54ème Assemblée mondiale de la santé (2001). *Santé mentale : Les ministres appellent à l'action*. Genève: OMS.
- 377 Taylor, R.B. (2003). *Family Medicine : Now and future practice*. In Taylor, David, Fields, Philips, & Scherger (Eds.). *Family medicine : Principles and practice*. New York : Springer.
- 378 The Database of Abstracts of Effectiveness (University of York), (2001) Database n°DARE-

998398. In : The Cochrane Library, Issue 1, Oxford : Update Software.
- 379 Tosti, G. (2015). *Le grand livre de l'Hypnose*. Paris : Eyrolles
- 380 Tranchée-Vergé, V. (2008). *De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste : Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ?* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine soutenue le 27.06.2008 à Poitiers
- 381 Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S. et al. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: A multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9913), 219-25.
- 382 Université McGill
http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_cr/a_04_cr_peu/a_04_cr_peu.html consulté le 15.8.2015
- 383 Ustün, T.B., & Sartorius, N. (Eds.) (1995). *Mental Illness in General Health Care: An international study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 384 Van der Linden, M., Ceschi, G. (Dir.). (2008). *Traité de psychopathologie cognitive. Tome 1 et 2*. Marseille, Solal.
- 385 van't Veer-Tazelaar, P.J., van Marwijk, H.W., van Oppen, P., et al. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life : A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 297-304.
- 386 Varescon, I. (2009). *Les addictions comportementales: aspects cliniques et psychopathologiques*. Wavre, Belgique: Mardaga.
- 387 Vautier, S. *Carnet d'enseignement et de recherche. Epistémologie de la psychologie , 16a : La théorie classique des tests : un triple désastre scientifique.*
Blog consulté le 7 Juillet 2015.
- 388 Vera, L. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Elsevier Masson
- 389 Vera, L., & Mirabel-Sarron, C. (2000). *Psychothérapie des phobies*. Paris, Dunod.
- 390 Vereenooghe, L., & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4085-102.
- 391 Vitaro, F. & Gagnon, C. (Dir.). 2000. *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Canada : Presses de l'Université du Québec
- 392 Wakefield, C., & Horwitz, A.V. (2010). *Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. Wavre, Belgique: Mardaga.
- 393 Wakefield, J. (2006). Fait et valeur dans le concept de trouble mental : Le trouble en tant que dysfonction préjudiciable. *Philosophie et psychopathologie. Vol 33, numéro 1*, 37-63
- 394 Warneke, L. (1996). Anxiety disorders: patients need not suffer. *The Canadian Journal of Diagnosis*, 75-88.
- 395 Watkins, K.E., Cuellar, A.E., Hepner, K.A., Hunter, S.B., Paddock, S.M., Ewing, B.A., de la Cruz E. (2014). The cost-effectiveness of depression treatment for co-occurring disorders: A clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 128-33.
- 396 Weisberg, R.B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M.B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety*,

- 31(5), 443-50.
- 397 Wickramasekera, I.E. (1988). *Clinical Behavioral Medicine*. New York : Plenum Press
- 398 Wiener, J., & Timmermanis, V. (2012). *Social relationships of children and youth with learning disabilities: The 4th R*. in Wong & Butler (Eds.), *Learning about Learning Disabilities*. Elsevier.
- 399 Wijma, K., Soderquist, J., & and Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders 11(6)*: 587–97.
- 400 Wikipédia « Société Américaine de Psychiatrie »
http://fr.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A9t%C3%A9_am%C3%A9ricaine_de_psychiatrie
consulté le 23.12.2014
- 401 Williams, P.M., Goodie, J., & Motsinger, C.D. (2008). Treating eating disorders in primary care. *American Psychologist, 62(3)*, 199-216.
- 402 Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI) : A critical review. *Journal of psychiatric research, vol 28 n° 1*, 57-84. http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/JungWigginsE/these_body.html
- 403 Wittchen, H.U., Essau, C.A., von Zerssen, D., Krieg, J.C., & Zaudig M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 214*, 247–258
- 404 Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21 (9)*, 655-679.
- 405 Woivalina, T., Krantz, G., Mäntyranta, T., & Ringsberg, K.C. (2004). Medically unexplained symptoms : perceptions of physicians in primary health care. *Family Practice, 21*, 199-203.
- 406 Wolpe, J. (1975). *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris : Masson
- 407 World organisation of family doctors. (1991). The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA. Wonca News. *The Family Practitioner, 8*, 4-8.
- 408 Yamadera, W., Sato, M., Harada, D., Iwashita, M., Aoki, R., Obuchi, K. et al. (2013). Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rythms, 11 (3) July*, 176-184.
- 409 Yardley, L., Donovan-Hall, M., Smith H.E. et al. (2004). Effectiveness of primary care based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Annals of Internal Medicine, 141*, 598-605.
- 410 Young, J. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. US : Sarasota.
- 411 Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas*. Bruxelles : De Boeck
- 412 Zilber, N. (2000). *Les utilisateurs fréquents des services de médecine générale*. Bulletin du centre de recherche français à Jérusalem. [En ligne] mis en ligne le 15 octobre 2007,

- 412 Zun, L.S. (1997). Panic disorder: Diagnosis and treatment in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 30, 92-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Résumé des catégories de psychopathologies de la CIM 10

La CIM 10 repertorie toutes les pathologies somatiques et psychiques, regroupées en sections. Les troubles mentaux et du comportement constituent le chapitre V, organisé en 11 classes comportant les références 0 à 99.

- 1.1 Troubles mentaux organiques
- 1.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'une substance psychoactive
- 1.3 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- 1.4 Troubles de l'humeur (affectifs)
- 1.5 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- 1.6 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et et à des facteurs physiques
- 1.7 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

1.8 Retard mental

1.9 Troubles du développement psychologique

1.10 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence*

1.11 Troubles psychiques non classés ailleurs

*Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance et l'adolescence : Retard mental, Troubles des Apprentissages, Troubles des Habiletés motrices, Tics (Syndrome Gilles de la Tourette), Troubles de la Communication, Troubles Envahissants du Développement, Troubles du comportement alimentaire de l'enfance, Troubles déficitaires de l'attention avec/sans hyperactivité, autres troubles de l'enfance par exemple trouble anxiété de séparation, phobie scolaire, trouble de l'attachement....

Annexe 2: Résumé des catégories de psychopathologies du DSM IV TR

Le DSM IV TR distingue les catégories de psychopathologies suivantes :

- Troubles cognitifs : démences, délirium, trouble amnésique
- Troubles mentaux liés à une affection médicale générale
- Troubles liés à une substance
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur uni-et bipolaires
- Troubles anxieux (attaque de panique et trouble panique, agoraphobie, phobies spécifiques, phobie sociale, Trouble Anxieux Généralisé, Trouble Obsessionnel et Compulsif)
- Troubles somatoformes
- Troubles factices
- Troubles dissociatifs

- Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles du sommeil
- Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs
- Troubles de l'adaptation
- Troubles de la personnalité
- Cotations additionnelles, concernant des troubles pour la définition desquels il n'existe pas de consensus clair.

Annexe 3 : Courrier relatif à l'enquête par questionnaire

Marianne Tennessel

Psychologue Clinicienne

12, boulevard 1848

11100 NARBONNE

marianne.tennessel@bbox.fr

06.08.14.34.90

Samedi, 27.10. 2012

Docteur,

Nous nous adressons à vous dans le cadre d'une étude sur la prise en charge des troubles de l'adaptation à des affections somatiques et des troubles psychologiques en pratique médicale de ville.

En collaboration avec le Collège Francophone des Praticiens en Médecine Comportementale nous sollicitons votre participation à cette enquête auprès des médecins généralistes; son objectif est de mieux connaître les pratiques afin de faire évoluer la reconnaissance de ces prises en charge par les organismes de santé.

D'après des études récentes sur la santé mentale en soins primaires (OMS 2008; INSERM U888) les patients présentant une difficulté d'ordre psychopathologique représentent entre 25 et 35% de la clientèle des médecins généralistes en France, cette difficulté étant soit le motif de la consultation, soit une complication de la prise en charge des problèmes somatiques

Le médecin de famille est, encore une fois, en première ligne : dans une étude française récente (Kovezz-Masféty e.a. 2007), plus de 50% des adultes en bonne santé psychique indiquent qu'en cas de troubles psychologiques ils iraient consulter en première intention leur médecin de famille, et non un psychiatre ou psychologue. Et, alors que ces prises en charge peuvent être chronophages en omnipratique médicale, leur spécificité est peu reconnue et mal valorisée par les Caisses d'Assurance Maladie. Orienter utilement ou prendre en charge de manière adaptée est essentiel pour éviter la surcharge de travail du médecin généraliste, et le risque de burn out professionnel..

Pour nous, la méthodologie cognitivo-comportementale (TCC) permet aux médecins généralistes de disposer des outils diagnostiques et thérapeutiques adaptés à ces objectifs. Issus de la recherche en psychologie clinique et expérimentale, les TCC recourent à un langage et à un usage pragmatiques, à des modalités thérapeutiques validées scientifiquement et référencées sur les sites internationaux. Ces caractéristiques expliquent pourquoi elles sont adaptées aux attentes des médecins généralistes, en conformité avec leur expérience clinique et immédiatement utilisables. Les TCC permettent souvent de répondre aux questions comme :

Comment conduire rapidement l'évaluation clinique de ces cas en consultation ?

Comment intégrer, créer, trouver des réseaux de prise en charge comportementale pour ces patients ?

Comment élaborer la communication avec les psychiatres et psychologues comportementalistes ?

Comment élever le niveau de motivation professionnelle en augmentant son efficacité et en perdant moins de temps au cours de ces consultations?

Au nom du Collège Francophone des Praticiens en Médecine Comportementale, nous vous serons reconnaissants de consacrer une partie de ce que nous savons être précieux, votre temps, à répondre à ce questionnaire,

Marianne Tennesse

Jean-Denis ReixDr.

Philippe Peignard

ANNEXE 4: Questionnaire d'enquête.

1) Le motif de consultation : Parmi vos patients, approximativement quel pourcentage consulte pour

Groupe A - des pathologies somatiques

Groupe B - des troubles dits «fonctionnels» (intestinaux, cardiaques, algies diverses...)

Groupe C - des problèmes d'ordre psychologique

Groupe D - des addictions ou des troubles du comportement alimentaire

Groupe E - des troubles du sommeil

Groupe F - une association de plusieurs de ces motifs de consultation

2) Pour chaque groupe, approximativement à quel pourcentage de patients prescrivez-vous une médication psychotrope (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, neuroleptique, stabilisateur

d'humeur) ?

Groupe A (*pathologies somatiques*)

Groupe B (*troubles dits « fonctionnels »*)

Groupe C (*troubles psychiques ou affectifs*)

Groupe D (*addictions, TCA*)

Groupe E (*troubles du sommeil*)

Groupe F (*association de plusieurs types de troubles*)

3) Quels moyens diagnostiques employez-vous le plus souvent pour les problèmes d'ordre psychologique ou affectif ?

- questionnaires
- DSM IV ou CIM10
- entretien clinique

4) Combien de fois par mois environ adressez-vous un patient pour un suivi psychiatrique ou psychologique ?

- en vue d'une hospitalisation psychiatrique
- à un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute en soins de ville
- autre

5) Combien de fois par mois environ auriez-vous adressé un patient pour une psychothérapie si un tel soin était remboursé ?

6) Connaissez-vous les Thérapies Cognitives et Comportementales?

- non
- un peu
- je connais bien

Veillez indiquer svp :

- Votre année de diplôme en médecine:

- Vos formations médicales supplémentaires:

- Pharmacologie
- Endocrinologie
- Médecines alternatives (Homéopathie, Acupuncture, MTC...)
- Addictologie
- Psychiatrie ou Psychologie, orientation TCC
- Psychiatrie/Psychologie, autres orientations: Systémie, Psychosomatique...
- Nutritionnisme
- Médecine du Travail
- Pédiatrie
- Gériatrie
- Soins Palliatifs
- Neurologie

Autre :

Afin que nous puissions vous identifier de façon anonyme et ce exclusivement pour les besoins de cette étude, veuillez indiquer les 4 derniers chiffres de votre numéro Sécurité Sociale :

Merci pour votre coopération!

ANNEXE 5 : Corpus de 10 entretiens semi-directifs, Préparation à l'Analyse thématique

Population: 10 MG français exerçant dans le département de l'Aude (11) adressant régulièrement des patients à un PSM spécialisé en psychothérapie cognitive et comportementale (T.C.C.)

Entretiens semi-directifs de 30 à 45 minutes environ
centrés sur les 4 questions ouvertes suivantes:

- 1) Comment abordez-vous les problèmes psychologiques de vos patients lors de la consultation médicale?
- 2) Dans quels cas adressez-vous un patient à un spécialiste des soins psychologiques (psychiatre, psychologue, psychothérapeute), toutes approches confondues; quelle est votre expérience, quelles sont vos attentes?
- 3) Quelle est votre expérience, quelles sont vos attentes par rapport à une prise en charge

TCC?

4) Quelles seraient, d'après vous, des pistes d'amélioration de la Pec des troubles psychopathologiques au cabinet médical?

• **Réponses à la question 1 :**

Dr. A. :

Intéressé par les TCC, plusieurs de mes collègues et amis MG sont formés.
Je prends beaucoup de temps pour écouter mes patients.

Dr. P. :

Met l'accent sur l'écoute, la disponibilité.
Traite lui-même la symptomatologie aiguë dans les troubles dépressifs et anxieux (médication et entretiens)
Adresse problèmes psychiques relevant d'un trouble de l'axe 2 en TCC, pour préserver la relation thérapeutique sur le long terme, centrer le dialogue sur des questions médicales et éviter de rentrer trop loin dans la sphère psychique intime du patient.

Dr. N. :

Se tient au courant de l'évolution des approches théoriques en psychiatrie et psychologie, connaît bien la place du DSMIV dans la phase diagnostique des troubles psychiques
Sensibilisée aux intrications entre plainte somatique et troubles psychopathologiques.

Dr. B. François :

La relation thérapeutique est essentielle, et avant d'adresser un patient en TCC je m'assure qu'il me fait confiance pour suivre mon conseil; et je m'assure de comprendre suffisamment son problème psy pour le conseiller utilement. J'utilise le DSMIV comme « grille de diagnostic » sans rester collé aux détails.
Je pense que la compétence individuelle de chaque MG il est primordiale, le diagnostic et les traitements proposés doivent être lisibles pour le patient.

Dr. S. :

Prend en charge TAG, dépressions, TP/spasmophilie, TCA, troubles du sommeil, addictions et phobies, en fonction du degré de gravité (médication homéopathique, entretiens). Consultations longues, d'une heure voire plus. Entretien motivationnel pour addictions et boulimie.
Diagnostic des psychopathologies et médication (notamment ISRS pour dépressions et troubles anxieux) sont réalisés au cabinet, ou alors médication prescrite par un médecin d'approche allopathique.
Ayant un grand intérêt pour la psychiatrie, Dr. S se sert du DSMIV comme guide diagnostique implicite lors des entretiens cliniques.
Exemple type de son approche clinique : trouble addictif : Je réalise l'entretien motivationnel ;

Dr. B. Christian :

Je rencontre beaucoup de troubles anxio-dépressifs, des troubles névrotiques en général, des troubles du sommeil. ; j'utilise le DSMIV comme « grille » d'observation et de diagnostic sans pour autant chercher à faire des diagnostics positifs précis. J'évalue les répercussions d'une difficulté d'ordre psychologique sur la vie professionnelle et sociale du patient pour mieux cerner l'effet sur son bien-être au quotidien

Un bon exemple sont les troubles du sommeil: je reconvoque alors le patient pour un rdv plus spécialement consacré au sommeil, je prescris le cas échéant un hypnotique et refais le point régulièrement.

J'évalue leur capacité d'insight concernant l'aspect psychologique de leurs problèmes, et j'adresse en TCC si le patient semble avoir suffisamment de flexibilité cognitive. Compte tenu de l'absence de remboursement, je veux éviter qu'un patient incapable d'en tirer profit s'engage dans une psychothérapie. J'utilise souvent les prescriptions psychotropes comme élément de motivation : je prescris à condition que le patient suive une psychothérapie en parallèle.

Dr. O. :

Face à certains discours de patients, je repère rapidement si il y a une composante psychologique forte, qu'il s'agisse d'un trouble de l'humeur, d'une anxiété plus ou moins diffuse, ou de quelque chose de plus complexe comme un trouble d'ordre psychotique ou un trouble de la personnalité

Les concepts TCC m'ont permis de mieux comprendre l'instabilité émotionnelle de ces patient(e)s et les aspects souvent irrationnels de leurs plaintes et demandes. La relation thérapeutique avec ces patients est devenue plus gérable pour moi, et je perds moins de temps dans des examens complémentaires qui étaient motivés davantage par la demande affective et anxieuse du patient que par une réelle nécessité médicale.

Dr. B. Martin :

Je suis conscient de l'importance des interrelations entre pathologies somatiques et troubles d'ordre psycho-pathologique, et au cours de la consultation je prête attention, dans le discours du patient, de certaines expressions qui peuvent être des indicateurs d'un vécu anxieux ou dépressif par exemple.

J'établis des hypothèses diagnostiques en me référant à mon expérience (je n'utilise pas le DSMIV ou des questionnaires psychotechniques) et j'évalue les critères d'urgence (idées noires, risque suicidaire).

Je mène l'examen somatique tout en tenant compte d'éventuelles participations d'ordre psycho-pathologique, j'attaque les deux en même temps.

En fonction de la demande, et de l'âge du patient, il me semble souvent plus utile de répondre à la question « qu'est-ce qu'on fait pour trouver une solution » que « quel est le pourquoi du problème ».

Sinon j'ai une bonne connaissance des psychotropes et prescris AD et AL en fonction des besoins du patient.

Dr. C. :

Les plaintes d'ordre psycho-pathologique, je les entends surtout en fin de consultation.

Je ne fais pas de diagnostic formel des troubles psycho-pathologiques, j'essaie d'écouter la personne quitte à lui fixer un autre rdv pour aborder plus spécifiquement ces questions.

Je prescris de façon courante AL et AD, et j'ai recours à l'homéopathie dans certains cas légers.

Je me sens trop peu formé pour proposer des suivis plus approfondis, et je n'en ai d'ailleurs pas le temps.

Dr. G. :

Je suis très attaché à l'écoute de mes patients, et j'ai constaté qu'une bonne relation thérapeutique permet d'augmenter la qualité du suivi dans les pathologies somatiques chroniques, d'améliorer les comportements de santé des patients. Je trouve essentiel de tenir compte du fonctionnement psychique; je connais bien le DSMIV dont j'utilise les critères pour diagnostiquer les troubles d'ordre psychopathologique. J'utilise d'autres instruments psychotechniques pour un « débroussaillage »: le MADRS, le GDS, l'inventaire de Pichaud . L'idée n'est pas de créer des cases pour étiqueter les patients en tant que « dépressif » ou « phobique », mais d'appréhender de façon cohérente leurs difficultés actuelles et faciliter le suivi. Je prescris couramment AL, AD et AP, car je connais bien leurs indications et leurs limites.

• Réponses à la question 2 :

Dr. A. :

Pathologies adressées en PeC TCC :

Hypothèse diagnostique troubles dépressifs, anxieux, bipolaires.

Problématiques personnelles complexes répétitives (scénarios de vie): travail psychologique en profondeur afin de permettre à la personne d'avancer dans sa vie.

Dr. P. :

Adresse à psychologue TCC dans les cas où il suspecte un « problème plus profond », avec deux objectifs:

- aider le patient à avancer dans sa vie, éviter les scénarios de vie répétitifs
- préserver la relation thérapeutique sur le long terme, centrer le dialogue sur des questions médicales et éviter de rentrer trop loin dans la sphère psychique intime du patient.

Dr. N. :

Adresse au spécialiste TCC pour diagnostic psychopathologique précis, pour conseils concernant l'opportunité d'une médication, choix de la molécule, posologie, durée du traitement. Elle attend du psy de bonnes connaissances en ce domaine.

Constate que les psychiatres ne connaissent que relativement peu ces techniques (d'approche combinée pharmacothérapie et psychothérapie spécifique au trouble diagnostiqué)

N' obtient aucun retour de la part des urgences psychiatriques, et très peu de la part des psychiatres.

Son attente par rapport au pro psy : avoir une bonne écoute, être clair pour le patient afin que celui-ci comprenne à quoi va servir la prise en charge ; le manque d'interaction, un psy silencieux en position d'attente est mal perçu par les patients ; traiter l'urgence.

Dr. B. François :

Dans le domaine des traitements psychologiques, que cherche le médecin? Il veut prescrire ou adresser à un spécialiste en connaissance de cause: Des résultats prévisibles, des diagnostics argumentés et fiables.

Dr. S. :

Si au bout de 3 séances pas d'amélioration, envoi chez psy TCC ou en EMDR si psycho-trauma identifié ou supposé.

Interface MG-psy : adresse en thérapie familiale/approche systémique, au CMP ou en psychothérapie d'inspiration analytique. Le volume de patients adressés est plutôt faible (3 à 5 par mois), le dialogue avec les professionnels psy facile et de bonne qualité.

Pour les troubles plus profonds de la personnalité Dr. 6 a l'habitude d'adresser pour une thérapie d'inspiration analytique.

Si je revois le patient par la suite, sans l'addiction mais toujours en souffrance, je l'adresse en psychothérapie analytique.

Dr. B. Christian :

Quand je suspecte un trouble de la personnalité ou un trouble d'ordre psychotique, j'adresse à un psychiatre d'une part pour une médication appropriée et d'autre part parce que je prévois un traitement psychothérapeutique long et dois tenir compte de l'aspect financier.

Dr. O. :

J'adresse régulièrement des patients à un psychologue TCC face à ce qui me semble être un trouble anxieux ou dépressif, un trouble bipolaire, des troubles du comportement alimentaire, ou alors un problème d'ordre psychotique. D'abord pour réaliser le diagnostic, et ensuite pour une psychothérapie.

Dr. B. Martin :

En dehors des urgences que j'envoie au service des urgences psychiatriques, par exemple devant une symptomatologie anxio-dépressive courante, je tiens compte des traits de personnalité du patient, de sa motivation, des répercussions des troubles psychiques sur sa vie professionnelle et sociale et j'envisage une thérapie d'inspiration analytique, l'EMDR, ou les TCC.

Je préfère avoir l'aval d'un spécialiste et j'adresse à un psychiatre qui sera mon « aiguilleur du ciel »: une fois le diagnostic posé, il guidera le patient vers l'approche psychothérapeutique la plus adaptée.

Nous nous concertons pour l'éventuelle chimiothérapie

Dr. C. :

J'adresse les cas qui me paraissent graves aux psychiatres, surtout pour assurer un suivi

pharmaco-thérapeutique correct. Je ne m'attends pas que les psychiatres réalisent une psychothérapie à proprement parler, en dehors de l'écoute, car ils sont surchargés. Il y a peu de psychologues dans le secteur, et j'adresse principalement à un psychologue spécialisé en approche systémique. Généralement les résultats semblent positifs, les patients sont moins angoissés après quelques mois de suivi. Je ne sais pas exactement ce qu'il fait avec eux, il n'y a pas ou peu de communication entre nous.

Dr. G. :

J'adresse aux psychiatres principalement pour des expertises et pour des besoins administratifs. Je n'ai pas de formation spécifique en psychiatrie et peu de temps, et j'adresse régulièrement aux psychologues et psychiatres.

Il était plus difficile de dialoguer avec les professionnels utilisant une approche psychanalytique, car dans ce domaine, le médecin généraliste n'a pas d'outils, car il n'existe pas de langage basé sur des concepts communs.

• Réponses à la question 3 :

Dr. A. :

J'apprécie le rapport collaboratif avec le psy TCC, la présence d'un langage commun.

Je sais que l'axe I sera diagnostiqué et traité, et délai d'attente très court, soulagement rapide de la souffrance psychique aiguë,

Résolution durable de problèmes psychologiques chroniques ayant entraîné des comportements problématiques (TS répétées, récurrences dépressives, récurrences d'abus de substances) par le passé,

Facilité de dialogue, les termes psychologiques employés sont précis et compréhensibles diagnostic précis permettant une médication ciblée au niveau du choix de la molécule, de la posologie et de la durée de traitement

Suivi des patients jusqu'à nette amélioration symptomatique

Compte-rendus téléphoniques concernant l'évolution du traitement psychologique en accord avec le patient

Gain de temps

Dr. P. :

Les TCC sont validées scientifiquement dans le traitement de certains problèmes psychologiques, et je peux adresser les patients en TCC en connaissance de cause, il est important pour moi d'avoir confiance en ce que je leur conseille. En plus, j'ai des retours qui me paraissent probants, les patients vont mieux de façon durable, et ils comprennent mieux leur problématique.

Dr. N. :

À mes yeux, le spécialiste TCC a la même place dans la PeC médicale que le radiologue ou l'anatomo-pathologiste, par exemple : assurer un diagnostic précis et orienter la décision

thérapeutique.

Apports des TCC : approche basée sur les preuves, scientifique ; résultats prévisibles

Interface MG-spécialiste TCC :

Points positifs : la précision du langage commun lors des échanges

Le secret médical partagé avec transparence totale pour le patient qui partage l'info le concernant

Dr. B. François :

J'apprécie la confiance mutuelle dans ma collaboration avec un psy TCC, la fiabilité du diagnostic, je suis tenu au courant du projet psychothérapeutique, et ainsi on avance ensemble dans la compréhension et l'amélioration de l'état psychologique du patient. Cela permet de gagner énormément de temps, et de diminuer le stress, parce que l'incertitude est difficile à gérer pour le médecin.

Dr. S. :

Efficacité évaluée des TCC :

Remarquablement efficaces dans les troubles aigus d'intensité faible à modérée.

Si des résistances dépassent ma compréhension, ou ma compétence, et que le traitement doit prendre trop de temps, j'adresse en TCC, avec d'excellents résultats.

Dr. B. Christian :

Les cas que j'envoie en TCC sont principalement les patients avec une anxiété polymorphe, avec des composantes de somatisations variées comme la fameuse « spasmophilie », et/ou des éléments hypochondriaques

J'adresse en TCC si le patient semble avoir suffisamment de flexibilité cognitive.

Dr. O. :

Si je suspecte un trouble de cet ordre-là, j'envoie rapidement chez un psychologue spécialisé en TCC, car un diagnostic de l'axe 2 va totalement modifier la relation thérapeutique et la prise en charge du patient. Ceci notamment parce que je peux évaluer plus facilement quels types de messages il est apte à entendre, et je peux adapter mon discours à ses capacités d'écoute. En fonction d'un trouble de l'axe 2 sous-jacent, un patient va par exemple avoir une réaction inattendue face à un diagnostic, réagir négativement à une évolution médicale pourtant positive etc.

J'adresse en thérapie TCC quand le patient est dans une situation de vie relevant de l'impasse : il doit agir ou prendre une décision rapidement et s'en trouve incapable.

Par rapport aux psychiatres n'utilisant pas les TCC, j'apprécie particulièrement la rapidité de la prise en charge, la communication facile avec le thérapeute (compte-rendus écrits clairs et concis, accompagnés d'hypothèses diagnostiques argumentées, de précisions sur le traitement psychothérapeutique envisagé etc.).

Notamment dans la prise en charge de patients avec une forte anxiété diffuse, ou présentant des traits histrioniques

Sachant qu'il s'agit de concepts scientifiques validés, ils m'apportent une sécurité intellectuelle et diminuent le stress au quotidien.

Cela m'aide à comprendre son fonctionnement psychologique et à trouver les bons arguments pour améliorer sa motivation et, partant, ses comportements de santé qui sont un élément essentiel de la prévention, notamment dans les maladies chroniques comme le diabète, les problèmes cardio-vasculaires ou alors le suivi après un sévrage alcoolique ou tabagique.

Dr. B. Martin :

Je m'intéresse beaucoup aux TCC, seule approche psychothérapeutique validée scientifiquement pour la PeC des troubles dépressifs et anxieux, notamment les troubles paniques, les TOC et TAG, les phobies et l'ESPT.

Les TCC demandent un certain insight, et de la flexibilité cognitive de la part du patient.

Dr. C. :

Quand j'adresse un patient à un praticien TCC (cela est plus rare car le prochain se trouve à plus de 30 km), j'apprécie la facilité de communication, car il m'envoie rapidement un diagnostic ainsi qu'un résumé du projet de traitement.

Je connais un peu les concepts TCC, et trouve que cette approche est efficace dans les troubles anxieux, notamment les phobies et les troubles obsessionnels et compulsifs, et la dépression;

Dr. G. :

J'ai « testé » les TCC en envoyant un patient anxieux à un psychologue pratiquant les TCC, et j'ai apprécié la rapidité et la qualité du diagnostic, ainsi que la démarche d'annonce au patient, très professionnelle et respectueuse. Les échanges avec le psychologue TCC sont faciles pour moi: il s'agit d'une démarche scientifique rigoureuse basée sur des arguments rationnels comparable à celle que j'utilise en tant que médecin. La démarche consiste à faire une anamnèse rigoureuse, établir une hypothèse diagnostique en s'appuyant sur des arguments solides, puis de tester cette hypothèse en mettant en place le traitement correspondant. Puis on observe et évalue l'évolution pendant quelques semaines, et en cas d'absence de réponse positive au traitement, on reconsidère l'hypothèse diagnostique. Dans notre dialogue par rapport au patient, on arrive aux mêmes conclusions, et je constate une complémentarité dans la prise en charge: notre échange permet de concevoir des traitements très précis, en mosaïque, où chaque professionnel apporte son savoir-faire.

les formations complètes en TCC sont souvent ressenties comme trop chères et chronophages par les généralistes.

• Réponses à la question 4 :

Dr. A. :

Horaires très longs, épuisé. Aimerais avoir du temps supplémentaire, une meilleure rémunération pour les situations où il faut écouter un patient afin de comprendre en profondeur la relation entre différents symptômes, et le rôle joué par l'état psychique du patient dans sa pathologie somatique.1)

Dr. N. :

Formation médicale initiale très limitée concernant l'emploi des psychotropes. Prescrit très peu d'AD ou AL à cause des difficultés de sevrage ultérieurs.

Aimerait se faire une image concrète des approches thérapeutiques psychologiques afin de communiquer plus précisément avec son patient, en fonction de sa personnalité et des symptômes qu'il présente

À développer : affiner l'information transmise au MG : description des phases de traitement, des domaines où le psy mettra l'accent thérapeutique ; la durée prévisionnelle de la psychothérapie ; un pronostic concernant les résultats : de la pathologie aiguë : amélioration légère/importante/plus de symptômes, avec/sans médication.

Des lettres de synthèse régulières

De l'évolution à moyen terme : sevrage médicamenteux possible, si oui quand ? Insight du patient dans ses mécanismes psychiques et autonomie par rapport à la gestion de sa psychopathologie ?

Le frein financier est durement ressenti ; il enverrait 90% de ses patients en TCC si un remboursement existait.

Dr. B. François :

Le médecin généraliste français se trouve pratiquement pris en otage par la Sécurité sociale au niveau de la prise en charge des troubles d'ordre psychologiques. Alors qu'il est avéré que les traitements psychotropes seuls sont nettement moins efficaces dans la plupart des psychopathologies que l'association chimiothérapie / psychothérapie notamment TCC, la prise en charge des psychothérapies est limitée aux psychiatres, débordés et souvent peu formés en psychothérapie.

En tant que MG, je déplore être obligé de passer par la case « fric » pour soigner et d'être souvent limité à des soins purement symptomatiques.

Avec une prise en charge des TCC par la SS, je prescrirais 50% de psychotropes en moins, et j'enverrais en TCC à la place, mais avec la conjoncture actuelle...

Je suis tout à fait intéressé à examiner un cas clinique à trois dans le cadre de cette étude.

Dr. B. Martin :

J'aurais aimé suivre une formation en TCC, mais cela n'est actuellement pas possible car je n'ai pas le temps d'y consacrer des week ends entiers.

Je ressens le besoin d'une formation en TCC adaptée aux besoins du MG, rémunérée par la SS et qui permettrait d'obtenir des points de RMC

Dr. C. :

Mais le frein principal à la psychothérapie est l'aspect financier: la majorité des patients a du mal à payer les consultations de leur poche, et si la CNAM assurait un remboursement des séances, j'adresserai beaucoup plus de patients en psychothérapie, c'est certain.

Dr. G. :

Dans le cadre de la FMC rémunérée et obligatoire organisée en accord avec la CNAM,

il me paraît extrêmement intéressant de proposer des formations ciblées sur des pathologies fréquentes et/ou difficiles à gérer.

Il serait intéressant pour le généraliste de disposer d'éléments théoriques précis concernant les mécanismes de l'anxiété ou de la dépression par exemple, sur le plan neuro-biologique et neuro-psychologique, ainsi que de certaines notions concernant la thérapie. Les sujets les plus intéressants seraient le TAG, la phobie sociale et ses répercussions, les TOC, le trouble panique, les troubles de la personnalité, le trouble bipolaire, et des maladies psychosomatiques telle que la fibromyalgie. Il serait également utile d'avoir des éléments théoriques et pratiques concernant l'utilisation de la relaxation. Des réunions régulières de 2 heures environ, le soir, regroupant 20 à 25 médecins, rémunérés et crédités par des points de FMC par la CNAM, aideraient les généralistes à s'engager dans cette optique de formation. Il serait intéressant de structurer ces séances de formation autour d'une partie théorique, suivie d'une partie « pratique » de démonstrations concrètes, avec des jeux de rôles autour de situations de consultation par exemple.

ANNEXE 6 Analyse thématique et fréquentielle des 10 entretiens semi-directifs

Formulaire d'analyse
Méthode : 10 MG qui adressent régulièrement des patients à un professionnel de santé mentale spécialisé en TCC. Recrutement au cabinet de psychothérapie cognitive et comportementale de J.-D. REIX, Narbonne. Les MG ont été contactés par téléphone et sollicités afin de participer à une étude concernant les apports des TCC dans leur pratique médicale quotidienne et une fois leur accord obtenu, rendez-vous était pris à leur cabinet pour un entretien semi-directif d'environ 30 minutes. Les entretiens n'ont pas été enregistrés afin de favoriser au maximum l'expression spontanée. Les thématiques abordées par les MG ont été notées au fur et à mesure. L'analyse thématique et l'analyse de fréquence ont été réalisées par trois praticiens expérimentés en TCC afin de dégager les thématiques centrales des discours.
Question 1 : Comment abordez-vous les problèmes psychologiques de vos patients lors de la consultation médicale ?

Les différentes thématiques abordées spontanément par les praticiens peuvent être regroupées en 3 domaines.

La formation dans le domaine de la psychopathologie	
Estime la formation initiale insuffisante dans le domaine de la psychopathologie	5
Suit l'actualité de l'information médicale concernant les troubles psychiatriques	3
Recherche des discussions avec des confrères intéressés par les aspects psychologiques l'exercice médical	3
S'estime bien informé pour prescrire tous les types de psychotropes, en connaît les indications et les limites	3
Se forme pour comprendre suffisamment de problèmes psy afin de conseiller une PeC judicieuse	2
Total	16
Habitudes de prise en charge des problèmes psychologiques au cabinet	
Prescrit AD	7
Prescrit AL	6
Fait hypothèse de diagnostic selon DSMIV	6
Écoute « éclairée » (attention portée aux indicateurs V ou NV de troubles de l'axe 1 ou 2 du DSMIV, dans le discours du patient)	5
Écoute de soutien	3
PeC de troubles anxio-dépressifs légers par pharmacothérapie et entretiens	2
Repère et évalue les critères d'urgence d'ordre psychopathologie (idées noires, pensées suicidaires)	2
Évalue les répercussions des troubles psychopathologiques sur la vie personnelle et professionnelle.	2
Utilise d'autres instruments psychotechniques que le DSMIV	1
Prescrit AP	1
Réalise entretien motivationnel dans les addictions	1
PeC des psychopathologies courantes pendant 5 à 7 séances de plus d'une heure.	1
Traite l'insomnie par hypnotiques en y consacrant une consultation spécifique et en assurant un suivi	1
Prescrit des psychotropes à condition que le patient suive une psychothérapie	1
Total	39
Rôle de la relation thérapeutique dans le management des interactions entre manifestations psychiques et somatiques	
Sensibilisé aux liens entre maladies somatiques et troubles psychiques	3
Tient compte du rôle de la relation thérapeutique dans la motivation vers des comportements de santé	3
Adapte la relation thérapeutique au « profil » psychologique du patient	3
Est attentif à distinguer les motivations affectives et les éléments irrationnels dans les demandes des patients (demandes d'arrêts de travail, d'exams complémentaires, de médicaments)	2
Utilise des leviers motivationnels pour augmenter les comportements de santé	2
Réalise l'examen somatique en tenant compte d'éventuelles participations psychiques	1
Gagne du temps en tenant compte des besoins affectifs du patient (moins de prescriptions	1

« sur demande »)	
Distingue dans le discours du patient certaines composantes psychologiques (anxiété, troubles de l'humeur) et les différencie des nécessités médicales	1
Est très attentif à la création d'une relation thérapeutique de confiance	1
Total	17
Total question 1	72
Question 2 : Dans quels cas adressez-vous un patient à un professionnel de santé mentale (psychiatre, psychologue, psychothérapeute), toutes approches confondues, quelle est votre expérience, quelles sont vos attentes ?	
Les différents thématiques abordées spontanément par les praticiens peuvent se regrouper en 3 domaines : les pratiques, les attentes, les expériences.	
Les expériences	
Trouve la communication difficile avec les psychiatres et les psychologues autres que TCC	3
Trouve le dialogue avec les psychologues et les psychiatres facile et de bonne qualité	2
Trouve que les psychiatres utilisent peu d'approches psychothérapeutiques autres que l'écoute et le soutien	2
Constata l'absence de retour de la part des urgences psychiatriques et peu de retours de la part des psychiatres	2
Total	9
Les attentes	
Souhaite que le psy ait une écoute active	6
Souhaite que le psy précise au patient les raisons et les objectifs de la PeC	6
Souhaite adresser en connaissance de cause : diagnostics argumentés et fiables	5
Souhaite adresser en connaissance de cause : résultats prévisibles	5
Souhaite que l'urgence soit prise en charge rapidement	4
Considère que le fait d'adresser un patient à un spécialiste engage la responsabilité du médecin, choisit ses référents en fonction de leur compétence et fiabilité	4
Souhaite que la souffrance psychique aiguë soit soulagée rapidement	3
Total	33
Les pratiques	
Tiennent compte de l'aspect financier des psychothérapies	7
Adresse pour diagnostic et psychothérapie des l'hypothèse diagnostique de troubles dépressifs, anxieux, TCC	6
Adresse pour psychothérapie dans les problématiques personnelles complexes répétitives (scénarios de vie) : travail psychologique en profondeur afin de permettre à la personne d'avancer	5
Adresse les urgences au service d'urgences psychiatriques	4
Adresse à un psychiatre pour diagnostic puis pour conseiller PeC la mieux adaptée	2
Adresse les urgences au psychiatre ou psychologue libéral	2
Adresse pour diagnostic et pour psychothérapie à psy TCC pour troubles psychiatriques	1
Adresse en psychanalyse pour les troubles psychiques complexes	1
Adresse en psychanalyse quand malgré un sevrage réussi, il persiste une souffrance psychique qui pourrait prédisposer à la rechute	1

Adresse au psychiatre pour besoins administratifs (expertises)	1
Tient compte de la personnalité et de la motivation du patient pour adresser en psychanalyse, EMDR, thérapie systémique ou TCC	1
Adresse en TCC, EMDR, thérapie familiale ou en psychanalyse si pas d'amélioration au bout de 3 séance de PeC réalisées au cabinet	1
Adresse pour pharmaco et psychothérapie à un psychiatre pour troubles axe 2 ou troubles psychotiques	1
Évalue insight du patient des ses problématiques avant de l'adresser en psychothérapie	1
Total	34
Total question 2	76
Question 3 : Quelle est votre expérience, quelles sont vos attentes quand vous adressez un patient pour une prise en charge TCC ?	
Les différentes thématiques abordées spontanément par les praticiens peuvent se regrouper en 2 grands domaines : les attentes et les expériences. Dans le domaine des expériences plusieurs thématiques ont été abordées : la rapidité, la communication psy-MG, la communication psy-patient l'aspect de la sécurité intellectuelle, les résultats de PeC, les limites.	
Les attentes	
Rapidité de la PeC de l'urgence	5
Diagnostic argumenté	4
Rapidité du compte rendu	4
Plan de traitement cohérent, prévision de la durée	3
Démarche scientifique : anamnèse rigoureuse, hypothèse diagnostique étayée et argumentée, traitement cohérent	1
Assurer un diagnostic précis, orienter la décision thérapeutique (comme un anatomo-pathologiste ou un radiologue)	1
Orienter vers la solution plutôt que vers le « pourquoi » des problèmes	1
Total	19
Les expériences	
Communication MG - psy TCC	
Facilité de communication	5
Termes psychologiques employés compréhensibles et précis	4
Démarche des psy TCC et MG complémentaires	4
Langage commun entre MG et psy	3
Communication facile par rapport à l'évolution du patient	3
Clarté du diagnostic et du projet thérapeutique	3
Aide pour améliorer la pharmacothérapie (choix des molécules, posologie, durée, surveillance du sevrage)	3
Transparence du diagnostic et du traitement pour le médecin	3
Confiance mutuelle entre MG et psy	2
Aider le MG à comprendre comment mieux communiquer avec patients « difficiles » (traits histrioniques, troubles psychotiques)	2
Comprendre le fonctionnement psychique du patient et permettre au MG de mieux communiquer et d'améliorer sa motivation aux comportements de santé	1

Total	33
Communication patient - psy TCC	
Utilisation de termes simples et compréhensibles par le patient	4
Transparence du diagnostic et du traitement pour le patient	2
Partage du secret médical avec transparence pour le patient	1
Démarche d'annonce du diagnostic et d'explication du traitement respectueuse du patient	1
Total	8
Sécurité intellectuelle, méthode psychologique validée scientifiquement	
Démarche scientifique : anamnèse rigoureuse, hypothèse diagnostique étayée et argumentée, traitement cohérent	1
Validation scientifique dans PeC troubles anxio-dépressifs, notamment TOC qui sont très difficiles à soigner autrement	1
Seule approche psychothérapeutique validée scientifiquement pour les TOC, dépression, TAG, phobies, ESPT, trouble panique	1
Sécurité intellectuelle	2
Diminution du stress pour le MG, diminution de l'incertitude par la fiabilité des diagnostics et efficacité des traitements	3
Approche validée scientifiquement, confiance du MG dans la PeC qu'il conseille	3
Suivi jusqu'à amélioration symptomatique nette	1
Résultats prévisibles	2
Approche validée scientifiquement pour les troubles aigus d'intensité légère à moyenne	1
Total	15
Constats résultats pour la PeC	
Traitement efficace des troubles axe 1	10
Diagnostic fiable	8
Amélioration rapide et durable du bien-être du patient	7
Très bons résultats dans les troubles de l'axe 2	2
Amélioration de l'insight des patients concernant leurs problèmes	2
Résolution durable de la souffrance psychique chronique ayant entraîné des comportements problématiques	2
Préserver la relation thérapeutique avec les patients difficiles (troubles psychotiques, axe 2)	1
Très bons résultats dans l'anxiété polymorphe avec participation somatique (p.e. spasmophilie) hypochondriaque	1
Dépasser les résistances dans le début de la PeC des addictions	1
Efficacité remarquable dans les troubles aigus légers à modérés	1
Approche « médicale » du psy TCC lors de l'urgence devant des signes de décompensation	1
Résultats probants durables	1
Gain de temps	1
Soulagement rapide de la souffrance psychique aiguë	1
Adresse problèmes psychiques relevant du trouble de l'axe 2 en TCC, pour préserver la relation thérapeutique sur le long terme, centrer le dialogue sur des questions médicales	1

et éviter de rentrer trop loin dans la sphère psychique intime du patient	
Total	40
Rapidité	
Délai d'attente cout avant le premier RV	4
Amélioration de la souffrance psychique aiguë	3
Amélioration souffrance psychique chronique	2
Rapidité du compte-rendu diagnostique en accord avec le patient	5
Total	14
Limites	
Nécessite une certaine flexibilité cognitive de la part du patient	1
Formations complètes en TCC ressenties comme chronophages et chères par les MG	1
Total	2
Total question 3	13
Question 4 : Quelles seraient d'après vous, des pistes d'amélioration de la PeC des troubles psychopathologiques au cabinet médical ?	1
4 thématiques : modifier les modalités de remboursement, modifier la formation initiale et renforcer la formation continue, améliorer la collaboration entre praticiens	
Si remboursement des psychothérapies TCC, prescription de psychotrope diminuée de 50%	1
Rémunération spécifique du MG pour les situations d'écoute longue, compréhension du lien entre différents symptômes et du rôle joué par l'état psychique dans la symptomatologie somatique.	1
Remboursement des soins psychothérapeutiques au même titre que la pharmaco-thérapie	1
Remboursement des séances TCC réalisées par les psychologues car psychiatres débordés et trop peu formés à ces méthodes	1
Remboursement des séances TCC car prouvé que pharmacothérapie seule est moins efficace dans la plupart des troubles psy courants	1
Remboursement des séances TCC (enverrait 9 patients sur 10 en TCC si un remboursement existait)	6
Organisation de formations TCC sous forme de modules, prises en charge par la CAM et permettant d'obtenir des points de FMC avec une partie théorique fondamentale et une partie pratique p.e. sur des moments d'entretien en consultation	1
Intérêt de suivre et publier des cas complexes suivis en collaboration entre psy et MG	2
Formations TCC courtes, à proximité, prises en charge par la CAM permettant d'obtenir des points de FMC, concernant certaines psychopathies fréquentes et leur prise en charge TCC	1
Formations donnant un aperçu des méthodes psychothérapeutiques notamment TCC pour mieux conseiller le patient	3
Collaboration étroite, travail comme en équipe scientifique autour des cas psy	1
Améliorer la formation initiale longue sur les psychotropes : indications, contre-indications et modalités de sevrage	1
Améliorer communication psy-MG : phases du traitement, domaine où le psy met l'accent thérapeutique, durée prévisionnelle du traitement, un pronostic concernant la pathologie aiguë : amélioration légère - importante - disparition des symptômes,	1

avec/sans médication.

lettres de synthèse régulières envoyées par le psy au MG

évaluation de l'évolution à moyen terme : quand commencer le sevrage
médicamenteux ?

Insight du patient dans sa psychopathologie, autonomie possible par rapport à celle-ci ?

Total question 4

21

ANNEXE 7 : Référentiel Métier / Compétences du MG édité par le CNEG(2009)

Mention en gras des thématiques faisant l'objet d'une présentation selon l'approche cognitivo-comportementale

1. Patient asthénique • Situation complexe dont le substrat peut être organique, psychique ou mixte. Elle nécessite entre autre une aptitude du MG à gérer l'incertitude dans laquelle ses compétences diagnostique et relationnelle conditionnent fortement la qualité de la prise en charge.
2. Douleurs abdominales chez un jeune adulte, signalées par un appel téléphonique • Situation qui intègre l'aptitude à apprécier le degré d'urgence au téléphone, et à prendre des décisions dans un contexte temporel et environnemental inhabituels. Elle met en jeu des compétences d'ordre diagnostique et de gestion de l'urgence.
3. **Découverte et prise en charge d'un diabète de type II (50 ans) • Situation chronique à potentiel évolutif insidieux et possiblement grave. Elle requiert une aptitude à l'écoute et la pédagogie. Elle met en jeu des compétences diagnostique, thérapeutique, relationnelle, préventive et éducative.**

4. Adolescente face à la contraception • Situation dans laquelle le problème évoqué peut être symptomatique de difficultés non explicitées de prime abord. Outre la réponse diagnostique et thérapeutique attendue, elle nécessite une aptitude à anticiper et à élargir le champ d'investigation au delà de la plainte alléguée. Les compétences spécifiques face à cette situation sont d'ordre relationnel, préventif et éducatif.
5. Hématurie aiguë isolée avec brûlures mictionnelles chez femme de 40 ans • Situation aiguë banale qui peut-être l'occasion d'engager une démarche de dépistage et de promotion de la santé. Outre la réponse diagnostique et thérapeutique attendue, elle nécessite une aptitude à anticiper et à élargir le champ d'investigation au delà de la plainte alléguée. Les compétences spécifiques face à cette situation sont d'ordre préventif et informatif.
6. **Homme de 65 ans obèse poly pathologique avec BPCO HTA épigastralgies et indication de prothèse pour gonarthrose... • Situation où doit être prise une décision opératoire dans un contexte de polypathologies chroniques. Elle nécessite une aptitude à analyser la situation de façon globale, évaluer les risques et gérer la complexité sur un mode collaboratif. Les compétences mises en jeu sont d'ordre thérapeutique, relationnel et de coordination médicale.**
7. Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé • Situation pour laquelle le MG va réaliser un bilan de l'état de santé biomédical et psychique de la patiente et une évaluation des risques à anticiper. Elle nécessite une aptitude à la synthèse et à l'anticipation. Les compétences requises sont d'ordre relationnel et préventif.
8. Enfant de 20 mois « tout le temps malade »... présentant une rhino-pharyngite récurrente • Situation fréquente nécessitant un bilan global de la santé de l'enfant et la prise en compte des angoisses des parents. Une aptitude du MG à prendre du recul et être à l'écoute en facilitera la prise en charge. Les compétences requises sont d'ordre diagnostic et relationnel.
9. Homme de 50 ans souffrant d'une pathologie invalidante post accident du travail, chaudronnier • Situation complexe où sont intriqués les problèmes biomédicaux, psychiques, socio-professionnels et médicoadministratifs. Elle nécessite une aptitude à l'écoute et l'anticipation. Elle met en jeu des compétences d'ordre diagnostique, thérapeutique, relationnel et de coordination médico-sociale.
10. **Homme alcoolique tabagique de 48 ans venant de perdre son travail • Situation complexe dans laquelle sont intriqués des problèmes psycho-comportementaux, biomédicaux, sociaux, avec une majoration des risques pour la santé. Elle nécessite une aptitude à adopter la juste distance pour une analyse globale de la situation, à anticiper les risques et gérer la complexité sur un mode collaboratif. Les compétences mises en jeu sont d'ordre diagnostique, thérapeutique, relationnel et de coordination médicale et sociale.**
11. Consultation pour un certificat de non contre indication à la pratique du sport Situation d'apparence simple, univoque dans la demande. Elle peut être l'occasion de rechercher des difficultés de santé non exprimées et d'ouvrir sur le champ de la prévention sanitaire. Elle nécessite une aptitude à l'anticipation et à l'écoute. Les compétences mises en jeu sont d'ordre relationnel, préventif et éducatif.
12. Homme de 70 ans cancer du côlon métastatique traité au domicile.

Situation avec pathologie lourde à domicile comportant des problèmes biomédicaux lourds avec risque de décompensation et multiplicité des intervenants. Elle nécessite une aptitude à la vigilance, l'anticipation, la synthèse et au travail en équipe. Les compétences mises en jeu sont d'ordre diagnostique, thérapeutique, relationnel et de coordination médicale.

13. Couple octogénaire sans plainte • femme avec troubles mnésiques • homme hypertendu insuffisant cardiaque • Situation associant deux personnes en état de fragilité dans un équilibre précaire, susceptible de décompenser à tout moment, la défaillance de l'un entraînant la décompensation de l'autre. Elle nécessite une aptitude à la vigilance, l'écoute, l'anticipation et le travail en équipe. Les compétences mises en jeu sont d'ordre thérapeutique relationnel et de coordination médico-sociale.
14. Plaintes somatiques dans un contexte de conflit conjugal • Situation complexe où les plaintes alléguées sont souvent symptomatiques de difficultés plus profondes et d'une autre nature. Elle nécessite une aptitude à l'écoute empathique, à prendre la juste distance afin de se mettre en position d'aide.
15. **Patiente de 35 ans avec un tableau de dépression itérative • Situation dans laquelle l'évaluation du risque suicidaire est primordiale. La qualité de la relation conditionne la pérennité de la prise en charge du patient par le MG et la possibilité d'avoir recours au psychiatre. Elle requiert une aptitude à l'écoute et l'anticipation. Les compétences mises en jeu sont d'ordre diagnostique, thérapeutique et relationnel.**
16. Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français • Situation dont la complexité tient à la différence culturelle et linguistique, souvent à la précarité socio-économique et à l'intervention possible d'un tiers interprète. L'éthique professionnelle y est particulièrement sollicitée. Elle requiert une aptitude à l'écoute, l'anticipation et l'adaptation. Les compétences mises en jeu sont d'ordre relationnel et de coordination médico-sociale.

ANNEXE 8: PowerPoint accompagnant la vidéo de FMC en T.C.C. diffusée sur le site Univadis à partir de 5/2014

Indications des T.C.C. (Source: Inserm 2004)

- Dépression grave (inclus dépression post-partum) hospitalisée et traitée par pharmacothérapie
- EDM d'intensité légère et moyenne
- Troubles anxieux (Trouble Panique, TOC, phobies spécifiques, phobie sociale, TAG, ESPT)

Déroulement d'une TCC

- **Evaluation clinique** à l'aide d'instruments psychotechniques validés (questionnaires, entretiens semi-directifs spécifiques)
 - **Qualitative** => Hypothèse diagnostique argumentée selon DSM IV ou CIM 10
 - **Quantitative** (la ligne de base) => détermine le degré de gravité
- **Psycho-Education**: aider le patient à comprendre sa problématique
- **Analyse fonctionnelle**: permet d'appliquer les principes et les résultats de la recherche scientifique à la pratique clinique individuelle. Elle analyse les relations entre comportements-problèmes, cognitions (pensées, émotions) et l'environnement
 - concernant la situation présente (A.F. synchronique) et leur évolution passée (A.F. diachronique)
- **Phase thérapeutique**: techniques comportementales et cognitives
- **Evaluation régulière** de la réponse thérapeutique
- **Suivi** de la consolidation, prévention des rechutes et récurrences

- Désensibilisation systématique

Techniques cognitives (TCC 2^{ème} vague, basées sur la psychologie cognitive, les modèles du traitement de l'information):

- Restructuration cognitive, modification des croyances dysfonctionnelles
- Apprentissage de stratégies de résolution de problèmes

Les TCC :

- Efficaces seules ou en association à la pharmacothérapie
- Recommandées dans la plupart des psychopathologies
- Basées sur un diagnostic clinique argumenté et une évaluation individualisée précise
- De durée courte à moyenne (souvent 3 à 6 mois)
- Interactives
- Efficaces dans la prévention des récurrences