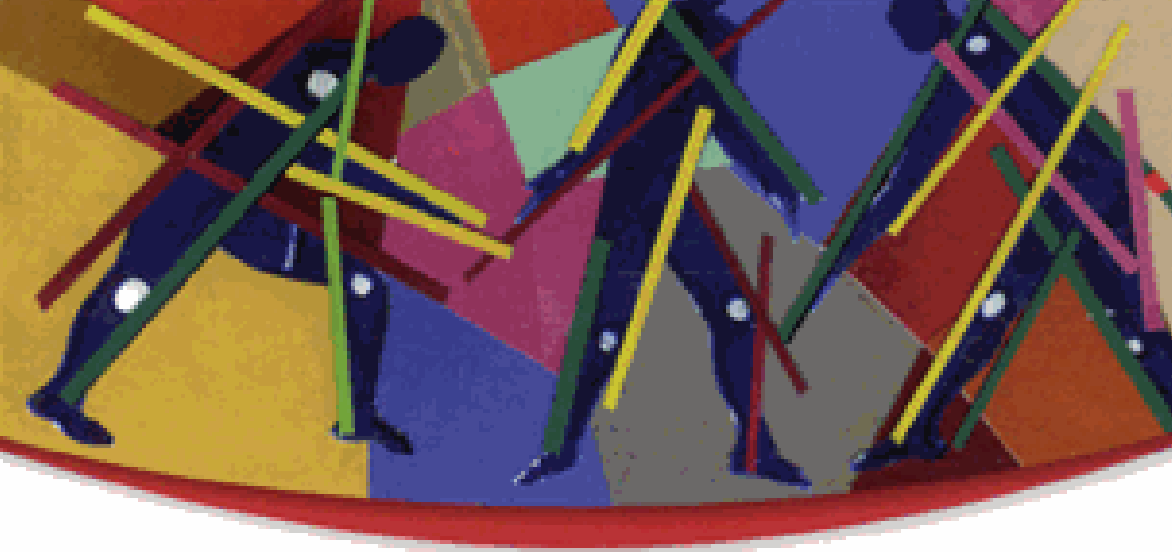




Sous la direction de
Moïra Mikolajczak

Les interventions en psychologie de la santé

DUNOD

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



ÉDITEUR DE SAVOIRS

P S Y C H O S U P

Sous la direction de
Moïra Mikolajczak

Les interventions en psychologie de la santé

DUNOD

Déjà paru chez le même éditeur :
M. Mikolajczak, J. Quoidbach, P. Kotsou, D. Nélis,
Les compétences émotionnelles, 2009.

Illustration de couverture :
Franco Novati

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements	d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
	

© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-070187-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Préface	XIII
Remerciements	XIX
Avant-propos	XXI
CHAPITRE 1 LE STRESS CHRONIQUE	1
1. Présentation de la problématique	3
1.1 Introduction	3
1.2 Définition	3
1.3 Éléments d'épidémiologie	3
1.4 Étiologie du stress chronique	4
1.5 Symptomatologie	6
1.6 Changements de comportements et/ou modifications du style de vie	7
2. Comorbidités psychologiques	8
3. Prise en charge	9
3.1 Prise en charge médicale	9
3.2 Prise en charge psychologique	9
4. Conclusion	20
CHAPITRE 2 LES INSOMNIES	21
1. Présentation de la maladie	23
1.1 Définition	23
1.2 Modèle bio-psycho-social de l'insomnie chronique	23
1.3 Prévalence	25
2. Comorbidités psychologiques	26
2.1 Troubles psychologiques à l'origine d'insomnies	26
2.2 Troubles psychologiques causés par l'insomnie	27
3. Prise en charge	28
3.1 Prise en charge médicale	28
3.2 Prise en charge psychologique	29

4. Conclusion	39
CHAPITRE 3 LES LOMBALGIES CHRONIQUES	41
1. Présentation de la maladie	43
1.1 Introduction	43
1.2 Éléments d'épidémiologie : lombalgies communes et lombalgies chroniques	44
1.3 Étiologie des lombalgies chroniques	44
1.4 Symptomatologie	46
1.5 Changements de comportements et/ou modifications du style de vie	46
2. Comorbidités psychologiques	47
2.1 Perturbations affectives	47
2.2 Dépendances	49
2.3 Kinésiophobie	49
3. Prise en charge	50
3.1 Prise en charge médicale	50
3.2 Prise en charge psychologique	53
4. Conclusion	62
CHAPITRE 4 LES MIGRAINES	65
1. Présentation de la maladie	67
1.1 Éléments épidémiologiques	68
1.2 Physiopathologie de la migraine	68
1.3 Les symptômes	69
1.4 Les facteurs déclenchants	70
1.5 Comorbidités médicales	72
1.6 Comorbidités psychologiques	73
1.7 Conséquences sur la qualité de vie	75

2. Prise en charge de la maladie	75
2.1 Prise en charge médicale	75
2.2 Prise en charge psychologique	78
3. Conclusion	83
CHAPITRE 5 LE CANCER DU SEIN	85
1. Présentation de la maladie	87
1.1 Épidémiologie	87
1.2. Définition	87
1.3 Symptomatologie	87
1.4 Modifications du style de vie consécutives à la maladie	88
2. Comorbidités psychologiques	88
2.1 Les mécanismes de défense	88
2.2 Difficultés psychologiques	89
2.3 Les besoins psychosociaux des malades	92
2.4 Les besoins des proches	93
3. Prise en charge	94
3.1 Prise en charge médicale	94
3.2 Prise en charge psychologique	95
4. Conclusion	101
CHAPITRE 6 LE CANCER COLORECTAL	103
1. Présentation de la maladie	105
1.1 Épidémiologie	105
1.2 Physiopathologie	105
1.3 Symptômes ressentis	110
1.4 Impact sur la qualité de vie	111
2. Comorbidités psychologiques	112
2.1 Bénéfice du diagnostic	112
2.2 Phase des premiers symptômes	112
2.3 Phase de diagnostic	113
2.4 Phase de traitement	113
2.5 Phase de rémission et de guérison	114

2.6 Phase de rechute	114
2.7 Phase préterminale et terminale	114
3. Prise en charge	115
3.1 Prise en charge médicale	115
3.2 Prise en charge psychologique	119
4. Conclusion	124
CHAPITRE 7 LE DIABÈTE DE TYPE 2	127
1. Présentation de la maladie	129
1.1 Épidémiologie	130
1.2 Physiopathologie	130
1.3 Symptômes ressentis par l'individu	132
1.4 Changements de comportements induits par le diabète	133
2. Comorbidités psychologiques	135
2.1 Difficultés psychologiques engendrées par la maladie	135
2.2 Besoins psychosociaux des patients	137
3. Prise en charge	138
3.1 Prise en charge médicale	138
3.2 Prise en charge psychologique	139
4. Conclusion	148
CHAPITRE 8 L'INFARCTUS DU MYOCARDE	149
1. Prévalence	151
2. Présentation de la maladie	151
3. Comorbidités psychologiques et besoins psychosociaux	152
3.1 L'anxiété	153
3.2 La dépression	153
3.3 La fatigue mentale	154
3.4 Le stress post-traumatique (PTSD)	155
3.5 Les difficultés conjugales	155
3.6 Autres comorbidités psychologiques	156
3.7 Les besoins psychosociaux des patients	156

4. Prise en charge	159
4.1 Prise en charge médicale	159
4.2 Prise en charge psychologique	161
5. Conclusion	170
CHAPITRE 9 LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL	173
1. Présentation de la maladie	175
1.1 Définition	175
1.2 Épidémiologie	176
1.3 Physiopathologie	176
1.4 Symptômes observés	177
1.5 Changements des comportements et/ou modifications du style de vie	178
2. Comorbidités psychologiques	179
2.1 Troubles (ou autres addictions) engendrant la dépendance à l'alcool	179
2.2 Trouble induit par la dépendance à l'alcool	180
2.3 Les conséquences sur la santé physique	181
3. Prise en charge	182
3.1 Prise en charge médicale	182
3.2 Prise en charge thérapeutique	183
4. Conclusion	194
CHAPITRE 10 LE TABAGISME	195
1. Introduction	197
2. Présentation de la problématique	197
2.1 Éléments d'épidémiologie	197
2.2 La dépendance tabagique	199
3. Comorbidités psychologiques	201
4. Prise en charge médicale	202
4.1 La substitution nicotinique	203
4.2. La Varénicline (Champix®)	205

5. Prise en charge psychologique	207
5.1 Quel type d'intervention choisir ?	207
5.2 L'entretien motivationnel	210
6. Conclusion	216
CHAPITRE 11 L'AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR	219
1. Introduction	221
2. Présentation de la problématique	221
2.1 Épidémiologie et étiologie	221
2.2 Implications du trouble	222
3. Comorbidités psychologiques	224
3.1 Difficultés psychologiques consécutives à l'amputation	224
3.2 Troubles de l'adaptation	226
3.3 Facilitateurs de l'adaptation	227
4. Prise en charge	228
4.1 Prise en charge médicale	228
4.2 Prise en charge psychologique	229
5. Conclusion	237
CHAPITRE 12 LES SOINS PALLIATIFS	239
1. Présentation de la problématique	241
1.1 Définition	241
1.2 Épidémiologie	242
1.3 Symptômes physiques	242
1.4 Modifications du style de vie	243
2. Difficultés psychologiques	243
2.1 Les étapes dans le processus du mourir	244
2.2 Dépression et troubles anxieux	246
3. Prise en charge	247
3.1 Thérapeutique palliative	247
3.2 Prise en charge psychologique	248
4. Conclusion	256
Bibliographie	257
Index des notions	287

Préface

C'est un immense plaisir d'écrire la préface de ce livre, et ce pour de nombreuses raisons.

La psychologie de la santé est une discipline qui se développe en Europe depuis un peu moins de trente ans. Mais dans les pays francophones, son émergence est beaucoup plus récente. Discipline appliquée, elle trouve ses fondements dans les théories issues de la psychologie clinique, sociale, ou de la personnalité, mais aussi dans des domaines plus biologiques comme la psychophysiologie ou plus sociaux comme l'anthropologie. Son champ d'investigation est en effet très vaste puisqu'elle a pour ambition l'étude des aspects cognitifs, affectifs, comportementaux et interpersonnels qui jouent un rôle dans l'apparition de maladies et qui peuvent accélérer ou ralentir leur évolution. Ses méthodes sont également diverses (quantitatives et qualitatives ou plus récemment des méthodes mixtes qui permettent d'intégrer les deux premières perspectives). L'enjeu était donc de taille pour décrire en un seul ouvrage les méthodes d'interventions psychologiques principales d'une série de troubles de la santé aigus et chroniques. Il n'existait en effet aucun ouvrage généraliste en français qui présente une vision intégrative sur les troubles somatiques, leurs spécificités et les modalités de prise en charge médicale et psychologique qui en découlent.

Comme le savent les psychologues qui liront cet ouvrage, notre domaine a souffert pendant trop longtemps de querelles d'écoles sur les méthodes d'intervention les plus appropriées. Après la domination des approches psychodynamiques, on assiste depuis quelques années à un renversement de tendance au profit des thérapies cognitivo-comportementales (dites TCC). Le risque quand un paradigme est dominant par rapport aux autres est de ne s'intéresser qu'à une partie de l'individu et de sa réalité. Comme le souligne très bien Moïra Mikolajczak, « la clinique de la santé n'appartient pas à un modèle unique. Le meilleur psychologue de la santé est celui qui parvient à combiner les approches de manière harmonieuse et chaque fois différente pour répondre aux singularités de chacun de ses patients ». L'ouvrage illustre parfaitement la complémentarité des approches thérapeutiques, autant en intégrant le suivi médical et le suivi psychologique que dans la pluralité des approches psychologiques envisagées. Grâce à lui, nous pourrons sortir définitivement des réductionnismes du passé !

Le contenu en est particulièrement riche. À chaque chapitre, les auteurs mettent en évidence la nature multifactorielle des affections somatiques. Ils présentent des facteurs démographiques et des antécédents familiaux dont il faut tenir compte mais qui ne peuvent être modifiés. Mais aussi des facteurs sur lesquels le psychologue peut directement intervenir comme les styles de vie ou les comportements de santé. Le livre montre également comment des interventions psychologiques peuvent affecter des aspects de notre fonctionnement qui semblaient difficiles à modifier ou contrôler comme les réponses physiologiques.

La difficulté du choix des interventions tient aussi au degré de spécificité de chaque affection. Doit-on favoriser des interventions spécifiques à la maladie et aux conséquences physiques et psychologiques qu'elle engendre ou doit-on surtout tenir compte de facteurs précipitants qui tiendraient plus à la personnalité ou aux habitudes de vie antérieures ou d'autres éléments encore ? Et quand on parle d'intervention, l'alliance entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste, le psychologue, l'infirmier, et tout autre spécialiste comme l'ergothérapeute ou le kinésithérapeute sont indispensables. Cet ouvrage permet de mettre en évidence le dialogue nécessaire entre tous ces acteurs de la santé dont le rôle est encore trop souvent cloisonné. Le livre est donc un vibrant appel à la mise en place d'équipes pluridisciplinaires systématique. Globalement, c'est la tendance que l'on observe mais les contraintes économiques ou les représentations erronées des compétences de chacun entravent souvent ce processus. Les décideurs politiques et les gestionnaires hospitaliers ne se rendent pas toujours assez compte du rôle du psychologue pas seulement pour réduire la détresse ressentie mais aussi pour réduire les coûts de la prise en charge. Le psychologue de la santé est pourtant celui qui est le mieux formé pour aider à mettre en place des changements de modes de vie et de régulation émotionnelle qui réduiront d'autant les risques de récurrence ou d'aggravation. Dans cet ouvrage, on se situe dans l'intervention, quand il s'agit de modifier des modes de vies parfois bien ancrés. N'oublions pas que le psychologue de la santé joue également un rôle de premier plan dans la mise en place de programmes de prévention. Appliqués dès le plus jeune âge, ces programmes diminueront d'autant l'apparition à l'âge adulte des affections somatiques décrites dans le livre.

L'ouvrage permettra aussi d'ouvrir les yeux sur les domaines nouveaux dans lesquels le psychologue de la santé intervient. S'il est encore peu présent, c'est souvent parce que les pouvoirs publics n'ont pas mis en place de reconnaissance officielle de son rôle comme c'est le cas depuis longtemps en oncologie ou pour les troubles cardiaques. Le livre

illustre de façon remarquable pour quelles raisons il est aussi indispensable d'avoir des psychologues de la santé dans des domaines comme la douleur chronique. Le chapitre sur les lombalgies chroniques illustre notre propos. Voilà un problème qui nous concernera presque tous un jour ou l'autre et qui peut être terriblement handicapant. Les approches contemporaines permettent d'examiner de façon concomitante des facteurs connus depuis longtemps mais également de considérer des éléments trop souvent négligés dans les recherches bien que pointées depuis longtemps par les cliniciens, comme la présence d'hyperactivité avant le déclenchement des symptômes. Encore faut-il savoir de quelle hyperactivité il s'agit. Parle-t-on de comportements et/ou d'attitudes ? Est-on « hyperactif » par nécessité (travail exigeant, nombreux enfants, faibles revenus nécessitant plusieurs boulots) ou par « conviction » (« je dois toujours être le meilleur et je mets au second plan mes besoins personnels et corporels ») ? Nathalie Scaillet, qui a supervisé le chapitre qui s'y réfère, travaille depuis longtemps dans une équipe pluridisciplinaire de la douleur. Elle allie en plus un travail clinique avec une activité de recherche. Une expertise idéale pour rendre compte de la complexité du trouble mais aussi pour montrer la plus-value du psychologue dans les interventions proposées.

Si l'ouvrage montre les avancées remarquables des techniques médicales au cours des dernières années, combinées à la présence de nouvelles techniques d'interventions psychologiques, il souligne aussi que les intuitions des pionniers se révèlent encore pertinentes aujourd'hui. La question des perturbations du mode de compréhension des émotions et de leur expression et leur impact ultérieur sur la santé physique fascine depuis l'Antiquité. Galien classait déjà les passions comme une des causes non naturelles de la maladie. Au xvii^e siècle, Wright développe une théorie suivant laquelle les passions engendrent des humeurs qui peuvent ensuite altérer le fonctionnement corporel. Mais il faut surtout attendre les travaux de Pierre Janet et le développement de la psychanalyse à la fin du xix^e siècle pour remettre à l'avant-plan le rôle des facteurs émotionnels dans la genèse des troubles mentaux, et ensuite contribuer à l'apparition de la médecine psychosomatique, discipline qui tentera de montrer comment les émotions influencent directement les réponses corporelles. On assiste à l'essor de la médecine psychosomatique d'abord en Allemagne et en Autriche. On peut notamment citer parmi les premiers travaux en Europe la thèse de Wittkower en 1931 sur « L'influence des émotions sur les fonctions corporelles ». Les aléas de l'histoire vont transformer cette aventure au départ européenne en une aventure américaine. C'est le moment de la création de l'École

de Chicago, avec comme principaux représentants Alexander, Deutsch, French ou Grinker. La conception de l'émotion à travers les différents modèles psychosomatiques de la maladie connaîtra de nombreuses évolutions. Les premiers modèles mettaient l'accent sur la présence de conflits intrapsychiques générateurs d'émotions pathogènes. On observe ensuite l'apparition de modèles qui insistent sur la présence d'affects dépressifs et de circonstances de vie particulières. Enfin, avec les notions de pensée opératoire puis d'alexithymie¹, on verra que l'emphase porte sur la présence de déficits dans le traitement cognitif des émotions. Aujourd'hui, la question des liens entre facteurs de personnalité et santé physique reste un domaine important de la psychologie de la santé et des approches connexes (médecine comportementale, médecine psychosomatique). Il s'agit de prendre en compte l'interaction subtile entre ces facteurs personnels et le contexte environnant comme l'illustre notamment le chapitre sur la migraine qui montre le rôle du ressenti et de l'expression de la colère sur le déclenchement des crises.

Un autre atout de ce livre est pédagogique. Son histoire a commencé avec un groupe d'étudiants qui suivaient le cours de Master en psychologie de la santé organisé à l'Université catholique de Louvain (UCL). Moïra Mikolajczak possède cette capacité de susciter un tel engouement et une telle motivation auprès des étudiants que ceux-ci ont non seulement réalisé des travaux de groupe d'un excellent niveau, mieux encore ils étaient tous particulièrement enthousiastes à l'idée de parfaire leur ouvrage pour qu'il aboutisse sous la forme d'un chapitre de livre. Il se fait que travaillant dans la même université, j'ai eu l'occasion de parler à certains de ces étudiants. Leur fierté d'avoir participé à un ouvrage scientifique alors qu'ils n'ont même pas encore terminé leur cursus est immense. Ils éprouvent aussi une reconnaissance sans limite envers Moïra qui leur a d'emblée fait confiance et qui grâce à cette confiance leur a donné des ailes. J'espère que ce livre suscitera d'autres initiatives pédagogiques aussi enthousiasmantes !

C'est aussi avec un très grand plaisir que j'ai retrouvé dans la liste des experts relecteurs le réseau qui s'est développé en quelques années à peine dans le domaine de la psychologie de la santé dans les pays francophones, et particulièrement en Belgique. Toutes les personnes sollicitées par Moïra combinent l'expérience clinique et l'expertise des méthodes de recherche. Cet ouvrage est le premier qui montre de façon éloquent l'arrivée de cette nouvelle génération qui associent les deux atouts pour

1. Voir pour une synthèse récente, Luminet, Vermeulen et Grynberg, 2013.

permettre de réaliser ce va-et-vient entre pratique et recherche. Cette démarche s'inscrit en symbiose parfaite avec les objectifs du Centre de recherche en santé et développement psychologique (CSDP) de l'UCL que dirige Emmanuelle Zech. Une ambition du centre est de permettre cette articulation dans les trois domaines qu'il couvre, outre la psychologie de la santé, la psychologie clinique et la psychologie du développement.

C'est enfin un sentiment de fierté immense que d'observer comment en quelques années à peine Moïra Mikolajczak est devenue une chercheuse de premier plan, autant par des recherches fondamentales très pointues en psychoendocrinologie ou sur l'effet modulateur des compétences émotionnelles sur la santé que par un programme d'intervention matérialisé autour de son équipe dynamique du I-lab. Il est essentiel que les centres universitaires s'engagent plus activement dans cette voie. On ne peut en effet laisser le champ libre à certaines initiatives d'interventions, certes méritantes et intéressantes, mais trop souvent dépourvues de critère scientifique de validation. Or il s'agit non seulement de savoir ce qui marche, dans quelles circonstances et pour quelles personnes mais aussi de savoir pour quelles raisons certaines interventions obtiennent les effets attendus dans les conditions énoncées ci-dessus.

Je n'oublierai jamais le jour où Moïra est venue frapper à ma porte pour me demander de superviser son projet de thèse. S'il est un « oui » que je n'ai jamais du regretter, c'est bien celui-là !

Olivier Luminet

*Maître de recherches au Fonds belge de la recherche scientifique
(FRS-FNRS).*

*Professeur de psychologie à l'Université catholique de Louvain
et à l'Université libre de Bruxelles.*

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent au Professeur Olivier Luminet qui dirigea ma thèse de 2002 à 2006 et me transmit alors le « virus » de la psychologie de la santé. Il m'a permis de réaliser mon rêve, devenir Professeur à l'Université, et je lui en suis particulièrement reconnaissante. Mes seconds remerciements s'adressent à mes co-auteurs, les étudiants de l'Université catholique de Louvain et ceux de Paris-Descartes qui ont collaboré à cet ouvrage. Leur enthousiasme pour le projet, le cœur qu'ils y ont mis et la rigueur de leur travail ne peuvent que combler la Professeure passionnée mais exigeante que je suis. Je remercie de même les 11 experts qui se sont prêtés au jeu de la relecture de ces chapitres, afin d'amener l'ouvrage à un niveau professionnel. Il est évident, toutefois, qu'un tel projet n'aurait pu voir le jour sans l'accord de Mariane Frenay, Professeure et Doyenne de la Faculté. Nous la remercions d'avoir accepté et soutenu ce projet pédagogique un peu particulier. Merci aussi à Marianne Bourguignon pour la rapidité et le soin avec lesquels elle a mis en page cet ouvrage. Finalement, nous ne pouvons manquer de remercier nos proches pour leur éternelle patience et leur indéfectible soutien.

Avant-propos

Lorsque j'ai hérité du cours de psychologie de la santé de master il y a trois ans à l'Université catholique de Louvain, j'ai cherché un manuel qui expose de manière didactique les interventions psychologiques existantes pour diverses affections (stress, cancer, diabète, douleurs chroniques, insomnies, alcoolisme, tabagisme etc.). En vain. J'ai trouvé d'excellents manuels présentant les concepts fondamentaux en psychologie de la santé et de très bons ouvrages spécialisés sur la prise en charge de telle ou telle affection spécifique mais aucun livre généraliste présentant les différents troubles, leurs spécificités et les modalités de prise en charge qui en découlent.

Devant la nécessité de disposer rapidement d'un tel manuel et l'impossibilité de l'écrire moi-même dans un délai raisonnable, j'ai pensé que la meilleure solution était encore que les étudiants l'écrivent eux-mêmes. J'ai donc divisé l'auditoire en une douzaine de groupes travaillant sur une problématique différente. À chacun, j'ai fourni un plan de chapitre à respecter (afin que le livre présente une certaine uniformité) et une méthodologie de travail précise incluant des revues de littérature, la consultation d'ouvrages spécialisés, la rencontre avec deux psychothérapeutes spécialisés dans le domaine et avec deux patients souffrant de la maladie et/ou du trouble en question. Après finalisation et révision par les étudiants et moi-même, chaque chapitre a été envoyé à un expert reconnu dans le domaine pour relecture. Chacun de ces chapitres a ensuite été retravaillé en fonction des suggestions des experts. S'il est à l'origine le fruit du travail d'étudiants, le livre que vous tenez entre les mains n'en est donc pas moins rigoureux. Il allie l'énergie de la jeunesse et la richesse du travail en groupe avec l'expérience et les connaissances des thérapeutes et experts.

Ce livre présente les interventions dans 12 domaines spécifiques : le stress chronique, les insomnies, les lombalgies chroniques, les migraines, le cancer du sein, le cancer colorectal, le diabète, l'infarctus de myocarde, l'alcoolisme, le tabagisme, l'amputation d'un membre inférieur et les soins palliatifs. Ce ne sont pas les seules affections pour lesquelles l'aide d'un psychologue peut être requise, loin s'en faut ! D'autres pathologies devront faire l'objet du même travail (troubles gastro-intestinaux, asthme, eczéma, acouphènes, etc.). Les affections retenues ici ont simplement été choisies pour leur diversité et leur complémentarité dans le cadre de cet ouvrage. Elles nous permettaient d'illustrer la variété des besoins des patients ainsi que la diversité des approches et des techniques

à la disposition du clinicien de la santé : prises en charge individuelles, de groupe, conjugales, familiales, approches de type cognitivo-comportementales, systémiques, analytiques ou rogériennes.

Les auteurs ont délibérément fait le choix de ne pas se restreindre à une seule approche. Le lecteur rencontrera au fil des pages différents types de prises en charge, allant du soutien psychologique au récit de vie, en passant par la psychoéducation, la restructuration cognitive, les techniques comportementales, la relaxation, le *biofeedback*, l'entretien motivationnel, la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement, et d'autres encore. L'ouvrage propose ainsi un « pas de côté » à une tendance actuelle qui est de proposer partout les mêmes démarches cliniques ou de recherche, ce qui conduit inmanquablement à une stérilisation de la pensée et une paupérisation des pratiques. Si les techniques cognitives et comportementales sont particulièrement représentées dans l'ouvrage, c'est uniquement parce qu'elles ont fait l'objet de davantage de recherches dans le domaine. Cela ne signifie en rien que cette approche soit plus pertinente que les autres.

La clinique de la santé n'appartient pas à un modèle unique. La psychanalyse rend compte mieux que toute autre approche de la rupture biographique et identitaire que peut engendrer l'annonce d'une maladie grave et/ou chronique, les mutilations symboliques du corps qui s'ajoutent aux mutilations médicales, les changements de valeurs qu'elle engendre. Elle fournit les clés pour le comprendre et l'aborder. L'approche rogérienne enseigne les prérequis de l'alliance thérapeutique, sans laquelle rien n'est possible. L'empathie, la congruence et l'approche positive inconditionnelle prennent une résonnance particulière en psychologie de la santé car elles sont indispensables pour rejoindre le patient, séparer le soi de la maladie, lui redonner l'humanité que la maladie et l'hôpital ôtent parfois. Les approches cognitivo-comportementales des deuxième et troisième vagues sont également essentielles car elles fournissent des techniques et des outils qui permettent de répondre rapidement à un ensemble de problèmes spécifiques. Finalement, la systémique permet de contextualiser le trouble, de comprendre les remaniements conjugaux et familiaux qu'il implique, les bouleversements qu'il peut engendrer. Elle offre les outils pour les appréhender. S'il cherche à combiner ces différentes approches, c'est que le livre se fonde sur un postulat : le meilleur praticien est celui qui parvient à combiner les approches de manière harmonieuse et chaque fois différente pour répondre aux singularités de chacun de ses patients.

Moïra Mikolajczak
Grand-Rosière, août 2012

Notification

À l'heure où nous clôturons cet ouvrage, le DSM-V est en cours de finalisation mais n'a pas encore été publié. Par conséquent, les critères diagnostiques évoqués dans cet ouvrage se fondent sur le DSM-IV et il se peut que certains changements doivent y être apportés. Nous invitons le lecteur à consulter le DSM-V lorsqu'il sera disponible.

LE STRESS CHRONIQUE¹

1. Par Sandra Buytaert, Laetitia Dambroise, Isaline Dumont I., Adélaïde Gilles, Lindsay Ruelens, Audrey Uyttersprot, Noémie Vande Weghe, Julie Wynants.

Expert-relecteur : Pr Moïra Mikolajczak, Professeur de psychologie de la santé et des émotions à l'Université catholique de Louvain.

Sommaire

1.Présentation de la problématique	3
1.1 Introduction	3
1.2 Définition	3
1.3 Éléments d'épidémiologie	3
1.4 Étiologie du stress chronique.....	4
1.5 Symptomatologie.....	6
1.6 Changements de comportements et/ou modifications du style de vie	7
2.Comorbidités psychologiques	8
3.Prise en charge.....	9
3.1 Prise en charge médicale	9
3.2 Prise en charge psychologique	9
4.Conclusion	20

1. Présentation de la problématique

1.1 Introduction

Dans la littérature de même que dans la vie quotidienne, le terme « stress » est utilisé de manière interchangeable pour qualifier l'origine du processus (pression, contrainte), sa nature (épreuve) et ses effets (détresse, oppression). Dans ce chapitre, nous nous intéresserons au sentiment subjectif de stress, qui émerge chaque fois que l'individu a l'impression que ses ressources (temps, capacités,...) sont insuffisantes pour faire face aux demandes de l'environnement. Bien que le stress fasse partie intégrante de la vie de tout individu, il ne se chronifie/pathologise pas chez tout le monde. Le stress devient chronique, et donc pathologique, lorsqu'il dépasse les capacité d'adaptation de l'individu et qu'il entraîne des répercussions psychologiques, somatiques, sociales ou professionnelles.

Nous essayerons dans les pages qui suivent de mieux comprendre ce qu'est le stress chronique ainsi que ses conséquences physiques, psychologiques et comportementales. Nous aborderons ensuite les besoins psychosociaux des personnes qui en souffrent. Pour finir, nous exposerons les grands principes de sa prise en charge.

1.2 Définition

Bien que le stress chronique ne figure pas encore au DSM, Corten (2009) propose de le définir comme suit :

- 1) un état de tension persistant vécu négativement ;
- 2) où l'individu est – ou se sent – incapable de répondre adéquatement à la tâche qui lui est assignée ;
- 3) où le fait de ne pas répondre adéquatement peut avoir des conséquences significatives ;
- 4) où l'on observe que cette inaptitude entraîne des conséquences physiologiques, psychologiques, sociales objectivables.

1.3 Éléments d'épidémiologie

Il est difficile de trouver des données épidémiologiques sur le stress chronique datant d'après la crise économique de 2008. Les statistiques les plus récentes dont on dispose à l'échelle européenne datent de 2005

et concernent le stress au travail. L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail conclut que « le stress occasionné par le travail est l'un des principaux défis que doit relever la politique en matière de santé et de sécurité en Europe. Presque un travailleur sur quatre en souffre et les études indiquent que le stress est à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme. Cela représente des coûts énormes, tant en termes de souffrance humaine qu'en raison de la réduction des performances économiques. Le stress au travail peut toucher n'importe qui, à n'importe quel niveau. Il peut se manifester dans n'importe quel secteur, quelle que soit l'importance de l'organisation. (...) Le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail (...). Par ailleurs, le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail va probablement augmenter. Les changements intervenant dans le monde du travail rendent le contexte professionnel de plus en plus exigeant envers les travailleurs, en raison de la réduction des effectifs et de l'externalisation, du besoin accru de flexibilité en termes de fonctions et de compétences, d'un recours accru aux contrats temporaires, de la précarisation croissante et de l'intensification du travail (charges de travail plus importantes et pression accrue) et, enfin, du déséquilibre entre les activités professionnelles et la vie privée. »

Des statistiques plus récentes communiquées par la Clinique du Stress du CHU Brugmann à Bruxelles (Corten, 2011) sont encore plus alarmantes : 72 % des employés rapporteraient ressentir du stress, 86 % des cadres se diraient de plus en plus stressés et deux travailleurs sur trois dormiraient mal la nuit de dimanche à lundi. Si des statistiques récentes à large échelle manquent, il est néanmoins évident que le stress chronique est une problématique importante, dont la prévalence est croissante.

1.4 Étiologie du stress chronique

L'étiologie du stress, et *a fortiori* du stress chronique, est multifactorielle, comprenant des éléments de natures biologique, psychologique et sociale. Le stress chronique doit donc être compris comme un trouble biopsychosocial. Cela signifie que l'origine du trouble est à rechercher dans l'interaction entre les caractéristiques de la situation stressante *S* et les caractéristiques de l'individu *I* au moment *M* de sa vie. Par conséquent, la prise en compte d'un seul de ces facteurs ne suffit pas à expliquer les phénomènes observés, ni à les traiter.

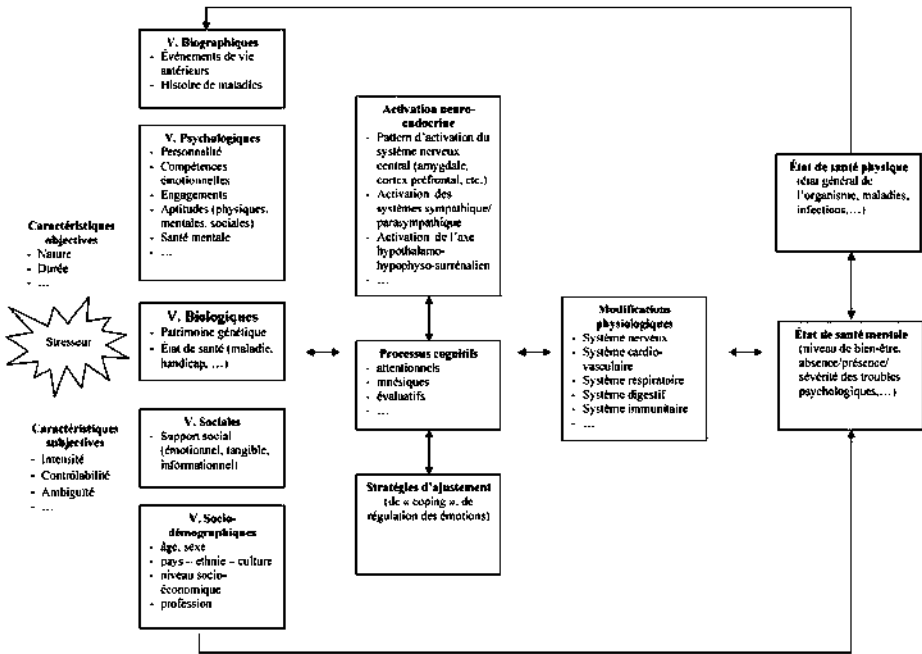


Figure 1.1 – *Modèle biopsychosocial du stress* (source : Mikolajczak, 2006)

Le modèle biopsychosocial du stress que nous illustrons à la figure 1.1 est le fruit d'une synthèse des modèles et écrits de Lazarus et Folkman (1984), Irwin et Strausbaugh (1991), de Bruchon-Schweitzer & Dantzer (1994) et de Thurin & Baumann (2003).

Il montre que l'effet des événements de vie sur la santé psychique et physique n'est pas linéaire. Une même situation va prendre une résonance différente en fonction :

- des événements de vie antérieurs du sujet (une charge de travail élevée sera d'autant plus lourde à porter que l'individu fait face à des événements difficiles dans sa vie privée) ;
- de sa personnalité et compétences (une charge de travail élevée sera d'autant plus stressante si l'individu manque des compétences nécessaires pour accomplir la tâche et/ou s'il manque des compétences émotionnelles nécessaires pour gérer le stress) ;
- de variables biologiques (les individus génétiquement plus sensibles au stress seront plus facilement « stressables ») ;

- de variables sociales (l'individu sera d'autant plus stressé s'il a peu de personnes sur qui compter pour l'aider, l'écouter,...) ;
- de variables socio-démographiques (les hommes semblent avoir un léger avantage sur les femmes en matière de gestion du stress).

Ces variables vont à leur tour influencer les processus de réponse au stress au niveau :

- cognitif (ex. une charge de travail élevée sera considérée comme plus stressante si l'individu perçoit la tâche comme un fardeau plutôt que comme un défi) ;
- neuroendocrinien (ex. le stress ressenti sera plus important si l'activation neuroendocrine est forte ; voir Mikolajczak & Belzung, 2012 pour un exposé détaillé de la physiologie du stress et *vice versa*) ;
- comportemental (ex. le stress subjectif sera plus important si l'individu rumine seul dans son coin que s'il met en place des choses concrètes pour diminuer sa charge de travail et/ou s'il essaie de se ménager des moments pour se relaxer hors du travail).

Le pattern de réponse cognitif, comportemental et physiologique va déterminer l'impact du stressor sur l'organisme, lequel médiera les effets à long terme sur la santé psychique et physique.

- Envisager le stress chronique sous l'angle biopsychosocial comporte un double avantage :
- celui d'expliquer qu'une même situation n'a pas le même effet chez tout le monde, et que cet effet peut varier chez un même individu en fonction du moment de sa vie et des circonstances extérieures ;
- celui de fournir des pistes d'intervention pour diminuer le stress subjectif, même si on ne peut pas supprimer le stressor (ex. même si on ne peut pas diminuer la charge de travail). L'une des pistes que nous évoquerons plus loin consistera ainsi à travailler sur les compétences émotionnelles afin de modifier l'évaluation du stressor et les stratégies d'adaptation.

1.5 Symptomatologie

Le stress aigu apparaît en réponse à un élément déclencheur précis, circonscrit dans le temps (ex. un discours à prononcer, une dispute de couple ponctuelle). Le stress chronique apparaît quant à lui lorsque le stressor persiste et que l'individu n'a pas les moyens/l'occasion de récu-

pérer (ex. une charge de travail trop élevée ; un conjoint abusif) et/ou que de multiples stressseurs s'enchaînent sans que l'individu ait le temps/les moyens de récupérer. Il engendre le plus souvent les symptômes décrits dans le tableau 1.1.

Tableau 1.1 – *Les symptômes du stress*

Symptômes subjectifs	Symptômes comportementaux	Symptômes physiques
Sentiment d'être constamment sous pression	Hyperactivité	Insomnies et/ou altération de la qualité du sommeil
Sentiment de ne pas arriver à faire face	Irritabilité	Augmentation de la fréquence des maux de têtes, de ventre, de dos, etc.
Détresse psychologique	Sauts d'humeur	Augmentation de la fréquence et/ou sévérité des crises en cas de maladie chronique (migraines, eczéma, syndrome du colin irritable etc.)

En cas de stress chronique intense et/ou particulièrement prolongé, des troubles somatiques plus importants peuvent apparaître au niveau métabolique (syndrome métabolique), gastrique (ulcères), intestinal (constipation), cardiovasculaire (hypertension, infarctus), pulmonaire (hyperventilation), oculaire (trouble de l'accommodation), musculo-squelettique (douleurs musculaires, tendinites), dermatologique (pelade), etc. Ces troubles s'expliquent par l'effet physiologique que le stress psychologique exerce sur l'organisme (voir Mikolajczak & Belzung, 2012 pour un exposé détaillé de la physiologie du stress).

1.6 Changements de comportements et/ou modifications du style de vie

Les études montrent un lien entre le stress chronique et :

- la consommation tabagique : le stress augmente l'envie de fumer (Perkins *et al.*, 1992), l'intensité de la consommation tabagique (Kouvonen *et al.*, 2005) et le risque de rechute tabagique après un sevrage (Carey *et al.*, 1993) ;
- la consommation d'alcool ou de substances, souvent utilisées à des fins de régulation (ex : dans le but de diminuer/anesthésier temporairement le stress) ;

- la surconsommation alimentaire, surtout chez les femmes et chez les personnes en surpoids ou au régime (voir Ogden, 2008 pour revue) ;
- le risque d'accidents domestiques, du travail, de la route (voir par exemple Kirkcaldy, Trimpop & Cooper, 1997) et le risque de blessures chez les sportifs (voir Andersen et Williams, 1988 pour un modèle explicatif du lien stress/blessure).

2. Comorbidités psychologiques

Les principales comorbidités psychologiques du stress chronique sont les troubles anxieux, la dépression, le burnout et les assuétudes. Ceci n'est pas étonnant car le stress aigu s'accompagne déjà de symptômes précurseurs de ces troubles, tels qu'une sensibilité et une nervosité accrues, de l'angoisse, un sentiment d'impuissance, des pensées intrusives, de l'hostilité, et une hyper-sensibilité aux renforcements. Le stress chronique peut favoriser le développement anormal de ces réactions pour donner lieu à un trouble plus sévère tel que :

- 1) L'anxiété pathologique. Le stress chronique induit des modifications structurelles de l'amygdale qui favorisent le développement des troubles anxieux (Vyas, Pillai & Chattarji, 2004). Ceux-ci peuvent prendre la forme d'anxiété généralisée ou de troubles panique.
- 2) La dépression. Un état de stress prolongé active la sécrétion de corticoïdes. Or la libération excessive de corticoïdes favorise l'installation de l'état dépressif (Gallarda, 2003).
- 3) Le burnout. Le stress chronique sur le lieu de travail peut conduire à un burnout. Le burnout est un syndrome caractérisé par un épuisement émotionnel, une perte de l'épanouissement professionnel et un sentiment de dépersonnalisation des bénéficiaires pouvant aller jusqu'au cynisme (voir Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 pour une revue). Les secteurs professionnels les plus touchés sont les professions de service (infirmier, médecin, enseignants,...).
- 4) L'abus de substance (alcool, drogue). La sécrétion accrue de corticoïdes engendrée par le stress chronique engendre une modification du fonctionnement du système cérébral de récompense, qui accroît la vulnérabilité aux addictions (Brady & Sinha, 2005 ; Piazza & LeMoal, 1996 ; Sinha, 2001)

Il est à noter que la relation de causalité entre le stress et ces comorbidités psychologiques est bidirectionnelle. Si le stress chronique augmente

effectivement le risque de troubles anxieux, la dépression, le burnout ou les abus de substances, ces derniers augmentent également le risque de stress chronique.

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement médical type concernant le stress chronique. L'éventuelle médication est liée aux troubles conséquents, c'est-à-dire aux affections physiques ou psychiques dont le stress a favorisé la survenance ou l'évolution (par exemple, l'hypertension ou la dépression).

3.2 Prise en charge psychologique

Agir sur le stress suppose idéalement d'agir à la fois sur le déclencheur (supprimer ou modérer la source du stress) et sur l'individu (renforcer sa résistance afin d'amortir l'effet du stress). Parmi les psychologues, les psychologues du travail sont les plus en mesure d'agir sur la cause de stress chronique, le travail étant la cause la plus fréquemment rapportée (par exemple, en modérant la charge de travail, en facilitant l'équilibre vie professionnelle-vie privée, en prévenant le harcèlement, etc). Les psychologues cliniciens et de la santé peuvent, quant à eux, agir sur l'individu afin de l'aider à modifier les sources de stress sur lesquelles il a prise et à s'adapter à celles sur lesquelles il n'a pas ou peu de contrôle. Pour ce faire, il s'agira de renforcer les compétences de gestion du stress de l'individu, d'une part en l'aidant à mieux identifier les sources de stress et, d'autre part, en élargissant son répertoire de stratégies adaptatives.

Classer et organiser les stratégies de gestion du stress proposées dans la littérature constitue un véritable défi tant ces stratégies sont diverses et variées. Il n'apparaît pas évident, *a priori*, d'intégrer au sein d'un même modèle des approches aussi différentes que l'approche cognitive de Beck (1976) ou de Lazarus et Folkman (1984), la méthode de réduction du stress fondée sur la pleine conscience de Kabat-Zinn (1990b), ou la méthode de relaxation de Jacobson (1987), pour ne citer que quelques-unes des multiples méthodes de gestion du stress.

Même s'il n'a pas été conçu à l'origine pour cela, le modèle de la régulation émotionnelle imaginé par Gross (1998) permet, pourvu qu'on

l'étoffe un peu, d'organiser l'ensemble des méthodes proposées dans la littérature au sein d'un même modèle. Il comporte ainsi l'avantage d'unifier au lieu de les opposer les principales théories sur la gestion du stress.

Ce modèle met en évidence que la régulation d'une émotion (ou d'un stress) peut cibler n'importe quelle composante de l'expérience émotionnelle : la situation elle-même, l'attention qu'on y porte, la manière dont on la perçoit et, finalement, la réponse physiologique et comportementale *per se* (voir figure 1.2). De même, pour que le stress surgisse, il faut que l'individu prête attention à une situation (tangible ou mentalement représentée), qu'il la perçoive comme potentiellement stressante (c'est-à-dire comme compromettant potentiellement ses besoins ou ses objectifs) et qu'elle déclenche une réponse neurobiologique, comportementale et expérientielle. Toute expérience subjective de stress met donc nécessairement en jeu quatre éléments (figure 1.2) : une situation, l'attention de l'individu, la perception qu'il a de cette situation et sa réponse à celle-ci.



Figure 1.2 – Constituants de l'expérience de stress

Par conséquent, toute stratégie de gestion du stress ciblera forcément l'une ou l'autre de ces composantes. Il est à noter qu'aucune de ces stratégies ne peut être qualifiée d'efficace pour tout le monde et/ou dans toutes les situations stressantes. Les stratégies présentées dans la suite de ce chapitre sont les stratégies ayant démontré les effets les plus robustes, pour le plus grand nombre de personnes, dans de nombreuses situations. Dans les sections qui suivent, nous présenterons les stratégies relevant de chacune des cinq familles du modèle.

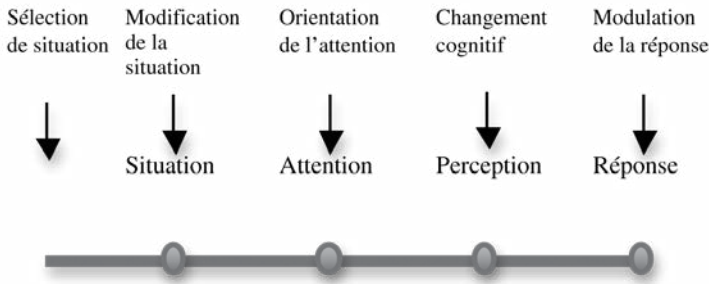


Figure 1.3 – Le modèle générique de la régulation émotionnelle (Gross, 1998) appliqué au stress

3.2.1 Stratégies relevant de la sélection de la situation : prévenir le stress

Cette famille recouvre l'ensemble des stratégies qui visent à minimiser la probabilité que nous nous retrouvions dans une situation stressante. Il s'agit donc d'une forme de régulation « *a priori* » dans la mesure où elle vise à prévenir l'occurrence du stress. Combien de fois, en effet, ne nous retrouvons-nous pas dans des situations stressantes, pourtant prévisibles ?

Plusieurs éléments expliquent que nous nous retrouvions dans ce genre de situations. Premièrement, nous ne prenons pas le temps de réfléchir à ce dont nous avons vraiment besoin pour être heureux (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Certains travaillent ainsi énormément pour monter un tout petit échelon dans la hiérarchie, sans se demander si cette promotion les rendra vraiment heureux. Au final, ils sont épuisés, passent la majorité du temps loin de leur famille, n'ont plus le temps de voir leurs amis, et ont encore plus de travail une fois la promotion obtenue.

Deuxièmement, nous prédisons mal les conséquences émotionnelles d'événements futurs (Gilbert, 2007 ; Loewenstein, 2007). Par exemple, certains couples font un quatrième enfant « parce qu'ils en ont toujours voulu quatre » sans réfléchir au stress supplémentaire que cela pourrait engendrer en termes d'organisation. D'autres ne se demandent pas, avant d'accepter une promotion, si la nouvelle fonction les satisfera vraiment (certains se retrouvent ainsi en position de management alors qu'ils n'aiment pas les aspects de gestion humaine et préfèrent de loin les aspects techniques). Si nous prédisons mal les conséquences parfois négatives d'événements heureux, nous prédisons aussi mal les conséquences parfois positives d'événements malheureux. Par exemple, nombre d'entre nous sont réticents à mettre un enfant turbulent à l'internat, de peur de

se retrouver seul, de ne plus être aimé de l'enfant, etc. Or, c'est parfois la meilleure solution pour diminuer le stress familial quotidien de tous.

Si le stress chronique de notre patient trouve (au moins partiellement) son origine dans une incapacité à prévenir le stress, il s'agira de travailler dans un premier temps avec lui sur l'identification de ses besoins afin qu'il puisse, dans un deuxième temps, modifier sa vie en conséquence (voir par exemple Desseilles et Mikolajczak, 2013, chapitre 11 pour des exercices pratiques). Il faudra également lui apprendre à mieux anticiper les émotions qui résulteraient de ses choix afin qu'il puisse les prendre en compte dans ses décisions. Ce faisant, on l'amènera à évaluer toujours les émotions à court *et* à long terme, afin de privilégier les situations qui maximisent son bien-être à court et à long terme (et à éviter les autres). Ceci implique paradoxalement de se confronter aux situations stressantes si elles sont susceptibles d'apporter des bénéfices plus importants à long terme (examens, par exemple) ou si leur évitement est susceptible d'engendrer un plus grand stress à long terme (situations phobogènes, entre autres) (Salkovskis, 1991). De même, il lui faudra apprendre à éviter certaines situations pourtant agréables (aller au restaurant... quand on est au régime ; aller faire du shopping quand on doit faire des économies) si elles sont susceptibles d'engendrer du stress à long terme (Baumeister, 2002 ; Magen & Gross, 2010).

3.2.2 Stratégies relevant de la modification de la situation : modifier les sources de stress

Comme son nom l'indique, l'objectif visé est de diminuer le stress en solutionnant le problème qui l'induit (Gross, 1998*b* ; Lazarus & Folkman, 1984). On distingue deux cas de figure, selon que le problème est d'ordre personnel ou interpersonnel.

Si la source de stress est un problème d'ordre personnel, il s'agira d'agir directement dessus. Cela peut être simple, comme faire enfin réparer cette imprimante qui ne marche qu'une fois sur deux, ou répéter un exposé afin d'être plus compétent – et donc moins stressé – le jour J. Mais cela peut aussi être complexe si la résolution du problème requiert un changement de vie important (par exemple, prendre la décision de porter plainte et/ou de quitter un travail où l'on est victime de harcèlement) ou si le stress est provoqué par un aspect de notre personnalité (perfectionnisme, désorganisation, procrastination, etc.).

Si la source d'émotions déplaisantes est un problème d'ordre interpersonnel (par exemple, voisins bruyants, problème conjugal), la modification de la situation impliquera l'expression du problème à la personne

concernée. Cette forme d'expression dite clarificatrice doit permettre à l'interlocuteur :

- 1) de prendre connaissance du problème (il n'en est pas forcément conscient) ;
- 2) de réagir en conséquence.

Afin de maximiser la probabilité que l'expression du problème conduise à sa résolution (que la situation problématique se voie modifiée), l'expression devra néanmoins suivre certaines règles (voir Desseilles & Mikolajczak, 2013, chapitre 9 pour un exemple détaillé). Outre la forme, le choix du moment est primordial. Si l'interlocuteur n'est pas en état d'entendre ce qu'on a à lui dire (trop alcoolisé, trop occupé ou trop tendu), cette technique n'aura aucun effet, quelle que soit la forme employée.

Alors que les stratégies visant à modifier les situations problématiques ont l'air évidentes sur papier, les études montrent que moins de la moitié des individus y recourent systématiquement. Pourtant, les personnes qui posent des actions concrètes afin de modifier les situations génératrices de stress sont plus heureuses et en meilleure santé (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002). Il s'agira donc d'amener nos patients stressés à identifier les sources de stress et à développer les ressources leur permettant d'y faire face. Cela pourra consister en les accompagner dans un changement de vie et/ou à travailler certains aspects de leur personnalité et/ou à développer leurs compétences d'expression émotionnelle afin de leur permettre de solutionner constructivement et durablement les problèmes interpersonnels générateurs de stress (voir par exemple Desseilles & Mikolajczak, 2013).

3.2.3 Stratégies relevant du déploiement de l'attention : s'extraire des ruminations

Le propre d'une émotion est de donner lieu à un mécanisme d'attention sélective. Comme toute émotion, le stress agit ainsi comme une sorte de « torche attentionnelle » : il éclaire certaines choses et en laisse d'autres dans l'ombre. Une émotion négative focalise ainsi l'attention sur les éléments négatifs tandis qu'une émotion positive focalise l'attention sur les éléments positifs. Ce mécanisme est adaptatif dans la mesure où il permet un traitement plus rapide de la menace en situation de danger. Néanmoins, il n'aide évidemment pas à diminuer le stress puisqu'il tend à maintenir l'individu dans un état morose en attirant l'attention sur ce qui ne va pas, à favoriser les pensées négatives et, par conséquent, un état de rumination où une pensée négative en entraînera une autre.

Deux courants existent dans les stratégies relevant de la réorientation de l'attention. Le premier suggère de se distraire, le second de se focaliser sur les sensations corporelles associées à l'émotion.

La distraction est un premier moyen de diminuer son stress. Elle consiste à orienter son attention sur autre chose (Gross, 1998 ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Il existe deux grandes formes de distraction (McKay, Wood & Brantley, 2007) :

- la distraction interne qui consiste à « penser » à autre chose (par exemple, repenser à un souvenir heureux, imaginer les vacances à venir, etc.) ;
- la distraction externe qui consiste à faire autre chose, par exemple une activité qui procure du plaisir (faire du sport, regarder la télévision, lire, sortir,...).

La pleine conscience représente un second moyen de gérer le stress. Elle consiste à centrer son attention, non pas sur autre chose, mais sur le stress lui-même (Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Linehan, 1993 ; Segal, Williams & Teasdale, 2002). L'idée ici est d'observer les changements que le stress induit au niveau de notre respiration, de notre tension musculaire, de notre cœur, et de notre estomac ; d'observer ses nuances, d'observer son intensité et les changements d'intensité (pics, atténuation, reprises). Cette centration sur l'émotion en elle-même aboutit au même résultat que la distraction : prévenir l'accaparement de l'attention par les pensées (la rumination) et diminuer l'activation émotionnelle. Au-delà de la gestion immédiate du stress, la pleine conscience permet d'apprendre à vivre davantage au moment présent et, par conséquent, moins dans le stress du passé ou du futur.

Les patients chroniquement stressés bénéficieront d'entraînement à la *mindfulness* (voir par exemple Kabat-Zinn, 2012, en poche pour le détail du programme de réduction du stress fondé sur la pleine conscience) et à des techniques leur permettant de s'extraire des ruminations et de vivre davantage au présent (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004).

3.2.4 Stratégies relevant du changement cognitif : penser autrement

Pour comprendre l'intérêt de ce type de stratégies, il faut savoir que ce n'est pas la situation elle-même qui déclenche l'émotion mais la perception que l'individu a de celle-ci (Lazarus & Folkman, 1984) ou de ses ressources pour y faire face (Bandura, 1997). C'est ce qui explique que nous ne soyons pas stressés par les mêmes choses : certains vivent la

perspective d'un exposé oral comme une torture, d'autres y voient un challenge enthousiasmant.

Si le stress est le fruit de la perception de la situation et non de la situation *per se*, cela signifie que nous disposons d'un moyen très puissant pour le diminuer : changer notre perception de la situation (Ochsner & Gross, 2005). Il existe différentes manières de modifier notre perception de la situation. Nous mentionnerons ici les techniques les plus courantes.

■ Examiner ses croyances

Nos stress sont souvent le fruit d'une perception partielle ou distordue de la réalité. Cette technique consiste par conséquent à examiner les arguments en faveur de ce que nous pensons et ressentons mais aussi à rechercher les arguments qui, au contraire, contredisent nos pensées et notre ressenti (McKay *et al.*, 2007). L'objectif est de faire la chasse à nos pensées irrationnelles et à nos distorsions cognitives. Plusieurs auteurs ont proposé des méthodes efficaces pour ce faire (voir par exemple Beck, 1976, Ellis, 1974 ou encore Burns, 1999).

Tableau 1.2 – Exemples de distorsions cognitives
(adaptation de Burns, 1999)

Processus de distorsion	Explications	Exemples
Le filtre mental	Se centrer sur un détail négatif et s'y attarder de sorte que l'ensemble apparaisse négatif.	Je reçois de nombreux commentaires positifs au sujet de ma présentation, à l'exception d'une petite remarque négative. Je suis obsédé par cette remarque et j'ignore les nombreux commentaires favorables.
La sur-généralisation	Généraliser à partir d'un élément, d'un événement.	Si je n'ai pas été retenu après la procédure de sélection dans telle entreprise, penser que je suis nul(le), que je ne serai jamais recruté par personne, que je n'aurai jamais d'emploi.
Tirer des conclusions hâtives	Tirer des conclusions définitives en l'absence de preuves suffisantes ou à partir d'un seul fait.	« Mon supérieur ne m'a pas regardé, il pense sûrement que je suis incompetent » « Je vais rater mon entretien, j'en suis sûr ! »
La catastrophisation et la minimisation	Exagérer le risque que les choses tournent mal, minimiser les chances que les choses se passent bien.	Je pense « C'est certain, je vais me faire virer » parce que mon supérieur m'a fait une remarque sur un détail.

■ *Défusionner pensée et réalité*

Un examen minutieux des croyances pourrait ne pas conduire à l'identification de distorsions, pour la simple et bonne raison que nous avons tendance à accorder un crédit important à nos pensées (ce taux de certitude frôle les 100 % lorsque nous sommes en colère). Nous avons rarement conscience de nos schémas cognitifs et des raccourcis de raisonnement que nous prenons. En outre, nous avons une fâcheuse tendance à ne voir (et/ou ne retenir) que les faits qui confirment ce que nous pensons et à occulter les autres. Dans cette optique, certains auteurs (Hayes *et al.*, 1999) insistent sur l'importance de défusionner pensée et réalité, c'est-à-dire de prendre conscience que nos pensées ne reflètent pas forcément la réalité. Ainsi, ce n'est pas parce qu'on pense que notre partenaire nous trompe qu'il nous trompe effectivement. De même penser qu'on va rater un examen ne signifie pas que ce soit forcément vrai. Défusionner pensées et réalité implique en quelque sorte de se détacher de son esprit, de considérer nos pensées d'un œil observateur, de les laisser aller et venir sans s'accrocher spécifiquement à l'une d'elle (Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 1990b). Ceci permet non seulement de défusionner nos pensées de la réalité, mais également de prévenir les ruminations.

■ *Relativiser*

Relativiser consiste à examiner si on ne donne pas trop d'importance à la situation, à comparer la situation actuelle à des situations bien pires. Les questions suivantes peuvent aider à relativiser :

« Est-ce vraiment si important ? »

« Ne suis-je pas en train de faire une montagne d'une souris ? »

« Me mettrais-je dans cet état si je devais mourir demain ? »

« Comparée à ce que j'ai vécu de pire, cette situation n'est-elle pas accessoire ? »

« Comparée à la guerre, aux soldats qui se battent, aux personnes qui meurent de faim, ma situation est-elle vraiment si pénible ? »

■ *Chercher les points positifs, les bénéfices à long terme*

L'idée sous-jacente à cette stratégie est de se décentrer du négatif et de regarder le bon côté des choses : quel est le point positif de la situation ? Quel bénéfice puis-je en retirer ? J'ai beaucoup de travail, c'est certes stressant, mais le positif est que j'ai un travail (ce n'est pas le cas de tout le monde en période de crise) et qu'il me passionne. Qu'on ne s'y trompe pas, toutefois : alors qu'elle peut paraître simple à effectuer « à froid », la recherche des points positifs « à chaud » requiert un effort cognitif

important. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, les émotions négatives attirent l'attention sur les éléments négatifs de la situation (Bradley, Mogg & Lee, 1997).

Il se peut que les aspects positifs de la situation ne se manifestent pas immédiatement mais qu'ils constituent une conséquence à nettement plus long terme de l'événement. Si la recherche des aspects positifs se révèle infructueuse dans le présent, une manière fonctionnelle de penser est de s'abstenir de juger de la valeur de l'événement. Plutôt que de le catégoriser comme totalement négatif, mieux vaut lui laisser le bénéfice du doute. Les exemples fourmillent d'événements stressants ayant au final des conséquences positives. Nombre de divorces n'aboutissent-ils pas à une vie conjugale et sexuelle plus épanouissante ? Certains licenciements ne permettent-ils pas des réorientations de carrière fructueuses ?

■ *Accepter*

Les stratégies évoquées ci-dessus s'appliquent à un certain nombre de situations. Toutefois, il existe aussi des événements stressants qui sont difficiles à réévaluer positivement et dont on ne peut pas forcément attendre de bénéfices à long terme (catastrophes naturelles, maladies incurables, agressions,...). Pour ce type d'événements, la meilleure solution – en termes de changement cognitif – est l'acceptation. Accepter ne signifie pas être d'accord avec ce qui s'est passé. Il s'agit simplement de cesser de se battre dans le vide, d'arrêter de se blâmer ou de blâmer autrui, d'incriminer la vie pour quelque chose que l'on ne peut pas ou plus changer. Il est à noter que l'acceptation ne s'apparente en rien à de l'impuissance acquise, qui est une acceptation fataliste, désespérée, et conduit à l'adoption d'une attitude passive lors d'événements stressants ultérieurs (Seligman, 1972). L'acceptation dont on parle ici est un processus actif. Il s'agit en effet d'accueillir totalement l'événement douloureux et les émotions qu'il provoque, mais en gardant à l'esprit que, si douloureux soit-il, l'événement présent ne présage en rien du futur (Linehan, 1993).

L'acceptation requiert un double processus cognitif. Il nécessite d'une part d'accepter l'existence de choses que l'on ne peut pas changer mais aussi d'accepter les émotions suscitées par la situation, de prendre acte de ces émotions, sans chercher à les fuir. Elle peut paraître simple en apparence mais elle demande un effort, tout comme les autres stratégies de gestion du stress. Accepter requiert en effet de lâcher prise, d'accepter que l'on ne peut pas tout contrôler et qu'on éprouve des émotions désagréables. Ce travail sur soi confère toutefois de nombreux bénéfices. Les recherches ont en effet montré qu'accepter pleinement

les événements difficiles et les émotions qu'ils engendrent améliorerait le bien-être (accepter ses émotions négatives permet paradoxalement de les diminuer) et la santé physique (Burns, Carroll, Ring, Harrison & Drayson, 2002 ; McCracken & Eccleston, 2003). C'est sans doute la raison pour laquelle de nombreuses formes de thérapies, et spécifiquement les techniques cognitivo-comportementales dites « de la troisième vague », se centrent sur cette capacité d'acceptation et recommandent de l'appliquer quels que soient le problème et sa gravité. Les thérapies les plus connues sont la *mindfulness* (Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Langer, 1989 ; Segal *et al.*, 2002) ; la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT ; Linehan, 1993) et l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT ; Hayes *et al.*, 1999).

Parce que notre manière de penser influence considérablement le stress que nous ressentons, les patients chroniquement stressés bénéficient grandement des thérapies cognitives de la deuxième et troisième vagues (voir Cottraux, 2007 pour un exposé détaillé des techniques de restructuration cognitive et Cottraux, 2011 pour un exposé détaillé des techniques de troisième vague).

3.2.5 Stratégies relevant de la modulation de la réponse : se relaxer

Les stratégies centrées sur la réponse visent à moduler la facette corporelle de l'émotion. Ces techniques ont donc pour but d'agir directement sur le corps, en induisant un relâchement musculaire, une baisse du rythme cardiaque et de la tension artérielle. Cela ne supprime pas forcément les pensées négatives mais, lorsque notre corps est détendu et que nous sommes ainsi ressourcés, il est plus facile de faire face aux difficultés (McKay *et al.*, 2007). Il existe plusieurs techniques de modulation de la réponse, que nous décrivons ci-dessous.

Le biofeedback. Le biofeedback repose sur un appareillage permettant de mesurer en temps réel l'activité physiologique du sujet (rythme cardiaque, tension musculaire, etc.) et de la rendre visible sur un écran. Cette technique permet d'une part de rendre l'individu plus conscient de son état d'activation et d'apprendre à le moduler, en observant directement l'effet de ses efforts. Le stressé acquiert ainsi progressivement, par essais-erreurs, une plus grande maîtrise de son état d'activation physiologique. La progression de ce dernier est observée précisément au fil des séances. On peut faciliter l'apprentissage en couplant le biofeedback aux techniques de relaxation évoquées ci-après.

La relaxation dirigée. Il existe de nombreuses techniques de relaxation dirigées, mais les deux plus connues sont celles de Schultz (1958) et celle de Jacobson (1987). Ces techniques, dont les protocoles peuvent être retrouvés sur internet, visent à détendre les différents muscles du corps afin d'aboutir à un état de relâchement musculaire complet. Il arrive que la relaxation fasse l'objet de résistance de la part des patients, certains s'estimant trop actifs pour pratiquer la relaxation, d'autres pensant « qu'ils n'ont pas la personnalité pour pratiquer ce genre de choses ». Une étude a pourtant démontré que ces préjugés étaient infondés : l'effet de la relaxation ne dépend pas de la personnalité (Sulmon, 2003). En d'autres termes, tous peuvent bénéficier des effets de la relaxation, à condition de s'y mettre ! Il est à noter que, pour être efficaces en situation de stress, les techniques de relaxation doivent avoir été pratiquées et automatisées en situation de repos. En effet, ce n'est qu'après un entraînement suffisant qu'elles deviennent efficaces.

La relaxation personnelle. Les preuves scientifiques ne venant pas à bout de toutes les résistances, il ne sert à rien de forcer les individus à pratiquer des activités qu'ils n'apprécient guère. Si l'individu n'est pas sensible à la relaxation dirigée, il pratique toutefois certainement spontanément des activités qu'il juge relaxantes : prendre un bain, écouter de la musique, se promener, etc. Ces activités peuvent également être prescrites à des fins de régulation.

La pratique de l'activité physique permet aussi, sous certaines conditions, de moduler la réponse. Toutes les activités physiques ne se valent toutefois pas à cet égard car l'exercice produit différents patterns de réponses selon le type d'exercices et le degré d'entraînement de l'individu (Kerr et Huk, 2001). Un exercice en aérobic (endurance) diminue ainsi le stress au-delà de 40 minutes de pratique mais aucun effet n'aurait été recensé lorsque l'activité physique présente une durée de 10 à 25 minutes (Hobson, cité par Singer *et al.*, 2001).

Dans tous les cas, il est important d'amener l'individu chroniquement stressé à prendre du temps pour lui et à mettre ce temps à profit pour pratiquer des activités qui le détendent.

4. Conclusion

Les stratégies présentées dans les sections qui précèdent constituent autant d'outils de gestion émotionnelle ayant fait preuve de leur efficacité. Néanmoins, chaque individu aura des affinités particulières avec certaines stratégies plutôt que d'autres. L'essentiel est cependant d'avoir plusieurs stratégies à sa disposition, afin de pouvoir faire face au plus grand nombre de situations possible.

Pour aller plus loin



Pour mieux comprendre

MIKOLAJCZAK, M. & BELZUNG, C. (2012). Physiologie des émotions et de leur régulation. Dans M. MIKOLAJCZAK & M. DESSEILLES. *Traité de Régulation des Emotions*. Bruxelles : DeBoeck.

MIKOLAJCZAK, M., QUOIDBACH, J., KOTSOU, I. & NELIS, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod.

THURIN, J.-M. & BAUMANN, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion.

Pour mieux agir

COTTRAUX J. (Dir.) (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris : Masson.

COTTRAUX, J. (2011). *Psychothérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.

DESSEILLES, M. & MIKOLAJCZAK, M. (2013). *Vivre mieux avec ses émotions*. Paris : Odile Jacob.

KABAT-ZINN (2012). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. MBSR, la réduction du stress basée sur le mindfulness : programme complet en 8 semaines*. Paris : J'ai Lu.

LES INSOMNIES¹

1. Par Pauline Durieux, Aline Gastellier, Émilie Monnart, Lydia Nkundabagenzi, Tiphaine Pronnier, Lucile Ralet, Maud Sohier et Virginie Temmerman.

Expert-relecteur : Pr C.M. Morin, Professeur à l'Université de Laval, Québec.

Les auteurs remercient les patients qui ont accepté de témoigner dans le cadre de ce chapitre, ainsi que les psychologues Guy Hoffman (CHU de Brugmann, Université libre de Bruxelles) et Myriam Kerkhofs (CHU de Charleroi, Université libre de Bruxelles).

Sommaire

1.Présentation de la maladie	23
1.1 Définition.....	23
1.2 Modèle bio-psycho-social de l'insomnie chronique...	23
1.3 Prévalence.....	25
2.Comorbidités psychologiques	26
2.1 Troubles psychologiques à l'origine d'insomnies	26
2.2 Troubles psychologiques causés par l'insomnie	27
3.Prise en charge.....	28
3.1 Prise en charge médicale	28
3.2 Prise en charge psychologique	29
4.Conclusion.....	39

1. Présentation de la maladie

1.1 Définition

Selon le DSM-IV, l'insomnie fait partie des dyssomnies¹, une des deux sous-catégories des troubles du sommeil (l'autre étant les parasomnies²). Le trouble se caractérise par une difficulté d'endormissement, de maintien du sommeil (réveils nocturnes et difficultés à se rendormir) ou d'un sommeil réparateur, persistant pendant au moins un mois et entraînant une détresse marquée ou une altération du fonctionnement au quotidien. Parmi les conséquences de ce mauvais sommeil, on retrouve naturellement la fatigue, mais aussi des troubles de la vigilance et de la concentration, une baisse de la performance cognitive et de la nervosité (Billiard & Dauvilliers, 2005).

1.2 Modèle bio-psycho-social de l'insomnie chronique

Selon Morin (2001), l'insomnie est un trouble de nature multifactorielle. En effet, la qualité du sommeil dépend à la fois de facteurs environnementaux, biologiques, psychologiques et sociaux.

Spielman et Glovinsky (1991) proposent un modèle de l'insomnie faisant intervenir trois ensembles de facteurs (prédisposants, déclenchants, de maintien) favorisant l'évolution d'une insomnie aiguë vers une insomnie chronique. Comme illustré à la figure 2.1, ce modèle considère que les caractéristiques d'un individu lui confèrent un certain degré de vulnérabilité par rapport à l'insomnie. Lorsqu'elles sont combinées à un facteur précipitant (par exemple, un stress important), ces caractéristiques de vulnérabilité déclenchent des difficultés de sommeil (insomnie aiguë). Ces difficultés sont ensuite perpétuées dans le temps par des facteurs dits de maintien. Ceux-ci ne causent pas nécessairement l'insomnie mais ils augmentent le risque de développer une insomnie chronique.

1. Les dyssomnies sont des altérations de la quantité, de la fréquence ou de la qualité du sommeil (insomnie, hypersomnie, narcolepsie, trouble du sommeil lié au rythme circadien, trouble du sommeil lié à la respiration).

2. Les parasomnies sont caractérisées par la présence d'émotions, de rêves et/ou de comportements anormaux durant le sommeil (somnambulisme, désordre alimentaire nocturne, terreurs nocturnes, réveils confusionnels...).

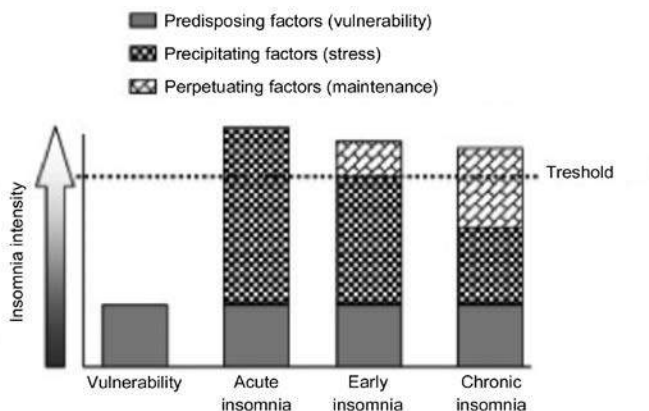


Figure 2.1 – *Modèle de l'insomnie de Spielman et Glovinsky*
(adapté de Spielman & Glovinsky, 1991)

1.2.1 Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants préexistent à l'apparition de difficultés du sommeil. Les personnes présentant ces facteurs sont potentiellement plus vulnérables que d'autres vis-à-vis de l'insomnie :

- 1) **Facteurs démographiques** : sexe féminin, vieillissement, statut marital (vivre seul), bas niveau d'éducation et faibles revenus ;
- 2) **Antécédents personnels et familiaux de troubles du sommeil** : des antécédents personnels et familiaux d'insomnie hausseraient la vulnérabilité d'un individu à développer ce trouble ;
- 3) **Facteurs psychologiques** : anxiété, dépression, névrosisme, perfectionnisme, inhibition émotionnelle, difficulté à extérioriser la colère ;
- 4) **Hyperactivation** : physiologique (activation exacerbée du système nerveux autonome : fréquence cardiaque élevée, température corporelle plus élevée, réactivité électrodermale plus importante, augmentation de la vasoconstriction périphérique), cognitive (hypervigilance, pensées intrusives, ruminations mentales, inquiétudes...) et émotionnelle (tendance à intérioriser les conflits interpersonnels, à être réactif émotionnellement et à prendre plus de temps pour récupérer à la suite d'un événement stressant) (Morin 1993) ;
- 5) **Style de vie** : sédentarité, obésité, consommation de substance (alcool, caféine, tabac...), horaires irréguliers.

1.2.2 Facteurs précipitants

Les facteurs précipitants coïncident au déclenchement de l'insomnie. Ils peuvent être d'origine :

- 1) **biomédicale** : surconsommation de médicaments, douleurs chroniques, allergies, troubles alimentaires et digestifs, migraines, diabète, maladies cardio-vasculaires, troubles respiratoires, cancer, démence (Leblanc, 2006) ;
- 2) **environnementale** : bruits, lumières... ;
- 3) **psychosociale** : stress ou effort d'adaptation de l'individu à la suite d'un événement important (perte significative, difficultés interpersonnelles, etc.). Selon Morin (1993), ils appartiennent souvent à cette troisième catégorie.

1.2.3 Facteurs de maintien

Les facteurs de maintien contribuent à perpétuer l'insomnie dans la durée même après la disparition des facteurs précipitants. Comme le souligne Coumans (2012), il s'agit souvent de stratégies de coping mal adaptées mises en place pour tenter de compenser le manque de sommeil (faire des siestes, augmenter le temps passé au lit...). Celles-ci sont favorisées par des croyances erronées sur les causes de l'insomnie, des fausses croyances sur les besoins de sommeil normaux et sur les effets du manque de sommeil, une tendance à exagérer les conséquences de l'insomnie et des croyances erronées sur les façons de faciliter et d'améliorer le sommeil. À ces mauvaises habitudes, s'ajoute l'anxiété de ne pas arriver à dormir ou à se rendormir, laquelle augmente l'activation du système nerveux autonome et entrave l'endormissement.

1.3 Prévalence

L'insomnie apparaît comme extrêmement fréquente mais est pourtant peu connue et souvent mal traitée. Cependant, malgré l'hétérogénéité des méthodes de recueil utilisées, certains résultats méritent d'être rapportés.

Leblanc (2006) indique que parmi la population générale, 30 % d'individus présentent des symptômes d'insomnies (insomnie occasionnelle, par exemple) alors que 6 % en souffrent de manière chronique. Hoffman (2011, communication personnelle), indique que la prévalence d'insomnie chronique pourrait s'élever aujourd'hui à 9 %.

Bien que l'insomnie soit un des troubles de santé les plus importants, les individus qui en souffrent consultent peu les professionnels de la santé. Certains auteurs indiquent que seuls 5 à 36 % des insomniaques consultent un professionnel spécifiquement pour leur trouble alors que 27 à 55 % d'entre eux l'évoquent dans le cadre d'une consultation pour un autre problème de santé.

Billiard et Dauvilliers (2005) ont constaté que la prévalence de l'insomnie augmente avec l'âge. Selon ces auteurs, un tiers des individus de plus de 65 ans présentent une insomnie chronique. Pour Ohayon (1996), la prévalence de l'insomnie atteint 50 % chez les personnes âgées. Selon Leblanc (2006), ce sont les facteurs associés au vieillissement qui augmentent ce risque (changements de la structure du sommeil, augmentation des troubles physiques et médication). Comme nous l'avons vu plus haut, la prévalence de l'insomnie varie aussi en fonction du groupe socio-démographique. Ainsi, l'insomnie est plus fréquente chez les femmes, les célibataires, les demandeurs d'emploi ou les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé (Leblanc, 2006).

2. Comorbidités psychologiques

2.1 Troubles psychologiques à l'origine d'insomnies

Selon Sarsour, Morin, Foley, Kalsekar et Walsh (2010), des troubles d'ordre médical (maladies chroniques, troubles respiratoires, etc.), neurologiques (maladies dégénératives...), psychosomatiques (allergies, hypertension, etc.) et psychologiques (anxiété, dépression, etc.) peuvent être associés à l'insomnie. Les troubles psychologiques les plus fréquemment à l'origine d'insomnies sont :

- les symptômes dépressifs et la dépression majeure (Sarsour *et al.*, 2010 ; Staner, 2010) ;
- l'anxiété (Kokras, Kouzoupis, Paparrigopoulos *et al.*, 2011) ;
- le trouble maniaque (Leistedt, Kempnaers & Linkowski, 2007) ;
- l'hostilité et l'agression (Baglioni, Spiegelhalder, Lombardo & Riemann, 2010).

Comme illustré à la figure 2.2, l'association entre les troubles psychiatriques et l'insomnie peut être due à une difficulté à exprimer et réguler ses émotions. De telles difficultés engendrent des émotions négatives qui favorisent l'insomnie. Étant donné qu'un manque de sommeil entrave en retour la capacité de régulation des émotions (voir Desseilles, Mikolajczak & Schwartz, 2012), on assiste à une augmentation des émotions négatives

qui facilitent l'insomnie. La boucle est bouclée. Un manque de sommeil semble augmenter l'émotionnalité négative tandis qu'un sommeil de bonne qualité en assure la réduction.

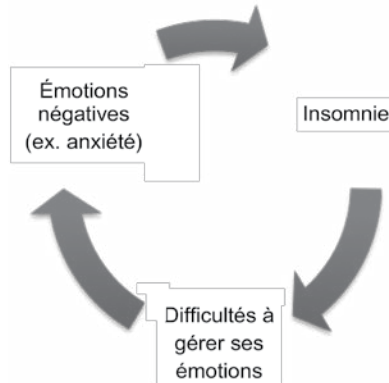


Figure 2.2 – Le cercle vicieux de l'insomnie

Notons encore que les insomnies peuvent également apparaître lors d'un arrêt brutal de consommation de substances telles que l'alcool ou les substances hypnotiques fréquemment utilisées chez les patients atteints d'insomnie sévère.

Il est important de souligner que la relation de causalité entre l'insomnie et les troubles (psychologiques, psychosomatiques ou médicaux) est bidirectionnelle. Comme le suggère le cercle vicieux présenté en figure 2.2, l'insomnie est influencée par différents troubles, mais elle participe aussi au déclenchement et/ou au maintien de ces derniers (Leistedt *et al.*, 2007). C'est ce que nous abordons ci-dessous.

2.2 Troubles psychologiques causés par l'insomnie

Les troubles insomniaques engendrent également de nombreuses difficultés psychologiques dans la vie quotidienne des patients. L'insomnie constitue d'ailleurs un facteur de risque important de troubles tels que la dépression, l'anxiété, l'abus de substance etc., et/ou de rechute de ces mêmes troubles. Ceci n'est pas étonnant car l'insomnie amoindrit le fonctionnement social du patient et sa qualité de vie (O'Brien, Chelminski, Young *et al.*, 2011). Ainsi, des troubles de la vigilance, de la mémoire, de la concentration et de l'attention sont observés chez des patients souffrant d'insomnie. Les habiletés cognitives sont ainsi détériorées, ce qui entraîne une réduction des performances intellectuelles et professionnelles pouvant conduire à une restriction des activités auxquelles peuvent s'ajouter des difficultés à faire face aux tâches, aux obligations,

ainsi qu'aux difficultés sociales et interpersonnelles. Les insomniaques présentent également des troubles de l'humeur (tristesse, morosité, susceptibilité et sensibilité excessives, anhédonie ; voir figure 2.1). Une asthénie permanente, une somnolence, un ralentissement moteur et psychique, un repli sur soi ainsi qu'une importante vulnérabilité au stress peuvent ainsi faire partie du quotidien des patients souffrant de ce trouble (Leistedt *et al.*, 2007).

Il n'est donc pas surprenant qu'une méta-analyse récente ait mis en évidence qu'une personne insomniaque a deux fois plus de risques de faire une dépression majeure qu'une personne qui ne souffre pas d'insomnie (Baglioni, Battagliese, Feige *et al.*, 2011). Ce constat que l'insomnie est un facteur précipitant et/ou de maintien de troubles psychologiques a amené un changement de paradigme important dans la conceptualisation de l'insomnie (Morin, 2012, communication personnelle) : « Si auparavant on avait tendance à conceptualiser l'insomnie strictement à titre de symptôme d'un autre trouble et, de ce fait, à traiter uniquement ce trouble sous-jacent, avec le DSM-V on élimine cette notion d'insomnie primaire et secondaire et on parle maintenant d'un trouble d'insomnie. Ce changement de conceptualisation devrait amener les cliniciens à porter davantage attention et à traiter directement l'insomnie même lorsqu'elle se présente en comorbidité avec la dépression ou un autre trouble psychologique ».

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

Selon Declercq, Rogiers, Habraken *et al.* (2005), une prise en charge médicamenteuse, à l'aide de sédatifs, peut être envisagée en fonction de la gravité et de la durée de l'insomnie.

La prise en charge médicamenteuse a pour fonction de soulager certains symptômes et prévenir d'éventuelles complications, comme des problèmes psychiatriques (dépression, trouble anxieux ou abus d'alcool). Les sédatifs peuvent être utiles afin de briser le conditionnement (lit à impossibilité à trouver le sommeil à ruminations) qui s'est établi et qui accentue le problème lorsque l'insomnie perdure depuis plusieurs semaines. La prise de sédatifs doit toutefois se faire sous un contrôle strict préconisant une consommation limitée dans le temps et un dosage efficace mais minimal. Cette prise en charge doit également être combinée à des mesures non médicamenteuses (voir *infra*), afin de parvenir à un sevrage médicamenteux progressif.

Les benzodiazépines sont les sédatifs les plus couramment utilisés dans le cas d'insomnies. Les produits tels que Xanax®, Lexomil®, Rivotril® sont considérés comme les plus indiqués lorsque l'insomnie est accompagnée de symptômes anxieux importants. Leur action est rapide, leur effet dure suffisamment longtemps et, en cas de surdosage, ils sont moins néfastes pour l'organisme que d'autres produits. Néanmoins, ils présentent certains effets secondaires : sensation de « gueule de bois », risque au niveau de la conduite automobile, chutes, perte de mémoire, etc. Ils peuvent également mener le patient à l'accoutumance, voire même à une dépendance physique et psychologique (par exemple, je ne peux pas m'endormir sans médicament) qui peut engendrer des symptômes de sevrage ou de manque en cas d'arrêt brutal et sans surveillance. Par ailleurs, l'alliance des benzodiazépines avec d'autres médicaments ou une consommation d'alcool est dangereuse (Declercq *et al.*, 2005).

Selon ces mêmes auteurs, vu le haut risque de dépendance, il sera plus adéquat de prescrire une benzodiazépine pour une durée maximale d'une semaine ou de façon intermittente. Cela dit, il ne faut pas perdre de vue qu'une consommation intermittente sur le long terme pourrait renforcer le besoin de recourir aux médicaments. C'est pourquoi, il est important que le patient soit clairement informé de la raison d'une posologie plutôt qu'une autre afin qu'il n'ait pas d'idées erronées de sa médication. Le suivi d'une prise en charge médicamenteuse doit s'effectuer de près par le médecin généraliste afin d'observer l'évolution du patient en cours de traitement.

En cas d'insomnie persistante, d'autres médicaments peuvent être utilisés tels que les nouveaux hypnotiques non benzodiazépines (Zopiclone®, Zolpidem® et Zaleplon®), les antidépresseurs tricycliques, à action sédatrice (de type Amitriptyline classique ou de type Trazodone) ainsi que les barbituriques et leurs dérivés (Méprobamate® ou autres antipsychotiques sédatifs tels que la Clotiapine® ou antihistaminiques sédatifs tels que la Prométhazine®). Il est à noter que les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en dernier recours et uniquement aux personnes avec troubles psychotiques ou aux patients atteints de démence avec agitation importante.

3.2 Prise en charge psychologique

3.2.1 Quel type de prise en charge ?

Comparativement à la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge psychologique induit de meilleurs résultats qui persistent à plus

long terme et pallie les effets secondaires liés à la prise de médicaments (Centre belge d'information pharmacothérapeutique, 2010).

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) constituent la prise en charge psychologique la plus utilisée pour le traitement des insomnies primaires et secondaires (Morin, Bootzin, Edinger *et al.*, 2006, Morin, Vallières, Guay *et al.*, 2009). Les TCC regroupent l'utilisation de différentes techniques qui peuvent être utilisées seules ou combinées. Parmi celles-ci, nous retrouvons des techniques comportementales, de relaxation, cognitives et éducatives. Nous décrirons tour à tour ces techniques dans les sections suivantes, avant de proposer un exemple de prise en charge intégrée.

Le choix de la technique dépendra du fonctionnement du patient durant la journée. Chez les patients souffrant de somnolence diurne, les techniques allongeant le sommeil (relaxation) sont davantage indiquées alors que chez les patients peu perturbés par la somnolence diurne, les techniques consolidant le sommeil (restriction de sommeil) sont préférables. La technique utilisée doit toujours être choisie en collaboration avec le patient afin de garantir une meilleure adhésion au traitement et renforcer l'alliance thérapeutique.

Il est à noter que les TCC « classiques » peuvent être avantageusement complétées avec des éléments de TCC dits « de la troisième vague » (Ong, Shapiro & Manber, 2009). La pleine conscience permet ainsi aux patients de développer des attitudes de non-jugement et d'acceptation de leurs pensées et favorise donc une meilleure désactivation de leur système de veille lors de la phase d'endormissement. Les aptitudes acquises lors de la pratique de la pleine conscience permettent par ailleurs une réduction du niveau de stress au quotidien, qui rétroagit positivement sur l'insomnie.

■ *L'agenda du sommeil*

L'agenda du sommeil (voir figure 2.3) est plus un outil qu'une technique. Il s'avère très utile dès le début de la thérapie et tout au long de celle-ci. Il donne la possibilité au patient de se livrer sur la perception de son sommeil. L'analyse de l'agenda du sommeil fournit de précieuses informations sur les caractéristiques et les variations du sommeil et permet d'ajuster de manière optimale les techniques développées.

■ Les thérapies comportementales

Les thérapies comportementales mettent en évidence et modifient les comportements inadaptés que l'insomnie met en place lorsqu'il est confronté à des problèmes de sommeil.

La restriction du temps de sommeil. La restriction du temps de sommeil (RS) a pour but d'augmenter l'efficacité du sommeil en restreignant le temps passé au lit. Elle part du constat que les insomniaques ont tendance à passer beaucoup de temps au lit sans parvenir à s'endormir. La RS vise à engendrer un état de privation relative de sommeil afin de faciliter l'endormissement ultérieur. Le temps de sommeil n'est pas amélioré à court terme mais la qualité et la profondeur de celui-ci le sont. Cette technique engendre une meilleure adéquation entre le temps effectif de sommeil et le temps passé au lit.

Concrètement, il s'agira de prescrire au patient un temps de sommeil lui permettant de ressentir le besoin/la nécessité de dormir. Dans un premier temps, le thérapeute tâchera de définir une durée de sommeil adéquate à l'aide de l'agenda du sommeil du patient. Le temps passé au lit sera alors limité au temps de sommeil réel (Taylor & Roane, 2010). Dans un second temps, l'heure du réveil sera déterminée en fonction de l'heure de lever habituelle du patient, et selon les obligations de sa journée. Il est recommandé qu'elle soit régulière tant durant la semaine que le week-end. Ensuite, l'heure du coucher est choisie selon l'heure du lever, imposant ainsi une durée de sommeil. Elle correspond à l'heure à partir de laquelle le patient peut rejoindre sa chambre, à condition qu'il soit somnolent. Chaque semaine, la qualité du sommeil sera évaluée et l'horaire du sommeil sera si nécessaire réajusté. Une fois que le patient atteint une efficacité de sommeil suffisante (minimum 85 %), le temps passé au lit peut être rallongé par tranches de 15 minutes chaque semaine jusqu'à l'obtention d'un temps de sommeil qui soit le plus profitable possible au patient (Moreau, Pia D'Ortho & Baruch, 2010). Le thérapeute doit s'assurer que le temps passé au lit compte au moins 5 heures.

La RS est indiquée aux patients modérément perturbés par une somnolence diurne. Parmi eux, certains ont des appréhensions à s'engager dans le changement de leurs habitudes de sommeil. Il faut dès lors parvenir à maintenir leur motivation et les encourager à respecter rigoureusement leurs horaires (Vallières, Guay & Morin, 2004). Les techniques de l'entretien motivationnel (voir chapitre 10) peuvent être utiles afin de consolider la motivation du patient.

L'étude de Spielman, Saskin et Thorpy (1987) montre que la RS améliore le temps de sommeil, diminue les latences d'endormissement,

réduit les réveils nocturnes et augmente l'efficacité du sommeil. La méta-analyse de Morin, Culbert et Schwartz (1994) montre que la RS est une technique aussi efficace que le contrôle du stimulus ; ce dernier étant jusqu'alors considéré comme le plus efficace dans le cas de l'insomnie.

Sieste ou pas sieste ?

Une sieste durant l'après-midi risque de diminuer la qualité et la profondeur du sommeil durant la nuit qui suit. Néanmoins, si les conditions de sommeil imposées par cette technique engendrent une somnolence handicapante, elle peut être autorisée à condition de s'effectuer avant 15 heures, dans son lit afin de renforcer le lien lit-sommeil et d'être inférieure à 30 minutes (Moreau *et al.*, 2010).

Le contrôle par le stimulus (CS). En 1995, la méta-analyse de Murtagh et Greenwood juge la technique du contrôle par le stimulus comme étant la plus efficace. Cette technique s'appuie sur le principe de conditionnement opérant et vise à renforcer l'association lit-sommeil qui s'avère négative chez l'insomniaque (lit davantage associé à l'état d'éveil). Elle vise aussi à combattre l'appréhension de la nuit et de l'insomnie qui entrave encore davantage l'endormissement (Taylor & Roane, 2010).

La technique du contrôle par le stimulus cherche à habituer le corps à une certaine routine propice au sommeil. Elle procède de la manière suivante (Vallières *et al.*, 2004) :

- 1) Apprendre à repérer les signaux de fatigue (bâillement, paupières lourdes, etc.) et se mettre au lit uniquement lorsque la somnolence se fait sentir.
- 2) Marquer une transition entre l'éveil et le sommeil (détente avant le coucher, routine de coucher).
- 3) Réserver le lit et la chambre à coucher uniquement au sommeil et aux rapports sexuels (pas de lecture ou de télévision).
- 4) Si le sommeil tarde à venir (après 15-20 minutes passées au lit) ou en cas d'éveil nocturne, ne pas se forcer à trouver le sommeil, au risque d'induire des ruminations et de l'anxiété. Préférer se lever et s'installer dans une autre pièce afin d'y réaliser une activité relaxante (lire un livre ou prendre une tisane, par exemple). Seul le retour des signaux de fatigue autorise le retour au lit.

- 5) Garder des horaires de lever réguliers tous les jours, même le week-end, et quelle que soit l'heure d'endormissement et le nombre d'heures de sommeil.
- 6) En cas de sieste durant la journée, la limiter à moins de 30 minutes et l'effectuer avant 15 h.

Il est à noter que cette technique n'est efficace que si les étapes ci-dessus sont toutes suivies en même temps et pour une période suffisamment longue (Moreau *et al.*, 2010).

■ L'hygiène du sommeil

L'éducation à une bonne hygiène de sommeil consiste en l'adoption d'un ensemble de comportements favorisant le sommeil (Taylor & Roane, 2010) :

- 1) Ne pas consommer de stimulants (comme l'alcool, le tabac, le thé, le café, etc.) dans les heures précédant le coucher ou durant les éveils nocturnes.
- 2) Garder une chambre aérée, calme et obscure, avec une température agréable (18-19°C). La température trop chaude ou trop froide engendre des réactions physiologiques dans le but de maintenir la température du corps à sa moyenne (37°C). Ces réactions entravent le sommeil.
- 3) Opter pour un repas léger le soir mais éviter d'avoir faim au moment d'aller dormir. La consommation de glucides lents favorise le sommeil.
- 4) Pratiquer régulièrement un sport en début de soirée, de préférence au moins 4 h avant le coucher.
- 5) Ne pas regarder l'heure en cas d'insomnie ; cela augmente l'angoisse et la frustration.
- 6) Durant l'heure précédant le coucher, s'adonner à des activités relaxantes. La détente physique et morale favorise l'endormissement.

L'application régulière de ces comportements peut augmenter le temps de sommeil total et améliorer la qualité de celui-ci. Cependant, aucun argument scientifique ne permet d'accorder plus d'importance à un conseil ou à un autre. Selon Chesson, Harste, Anderson *et al.* (2000), l'hygiène du sommeil doit être combinée à une autre technique pour être efficace lors d'une thérapie.

■ *Les techniques de relaxation*

Le recours à la relaxation dans le traitement de patients insomniaques permet de mieux gérer l'anxiété ressentie lors du coucher. Cette technique n'engendre pas l'état de sommeil mais le facilite. La méta-analyse de Murtagh et Greenwood (1995) montre qu'il s'agit d'une technique efficace (Espie, 1994).

La relaxation progressive des muscles. Cette technique vise à induire un relâchement musculaire et, corollairement, une baisse du rythme cardiaque et de la tension artérielle. Il existe de nombreuses techniques de relaxation ; la plus connue est celle de Jacobson (1987). Cette technique, dont le protocole peut être retrouvé sur internet, vise à contracter puis à détendre tour à tour les différents muscles du corps afin d'aboutir à un état de relâchement musculaire complet. L'état de relaxation ainsi obtenu favorise l'endormissement et le maintien du sommeil. Notons que, comme toute technique de relaxation, elle nécessite un entraînement régulier pour être maîtrisée (Taylor & Roane, 2010). À long terme, elle permettra aux patients d'être plus attentifs à leurs sensations corporelles de tension et de relaxation.

Le training autogène. Cette technique, élaborée par Schultz (1958), consiste en des exercices mentaux. Le thérapeute induit des images mentales de chaleur ou de lourdeur provoquant la contraction ou la détente musculaire. Les protocoles peuvent également être retrouvés sur internet.

Le biofeedback. Le biofeedback est une technique utilisant la visualisation des signaux physiologiques afin de conscientiser l'interaction corps-esprit. Le patient visualise directement son état de tension et le fruit de ses efforts pour la réduire. L'objectif est de redonner au patient le contrôle de son corps y compris de certaines fonctions involontaires.

■ *La thérapie cognitive*

En thérapie cognitive, le thérapeute utilise la technique de restructuration cognitive. Premièrement, elle consiste à mettre au jour les pensées automatiques qu'ont les sujets à propos de leur sommeil. On peut utiliser à cet effet la technique de la flèche descendante (spécification des pensées). Notons que celle-ci doit être utilisée avec prudence chez les patients dépressifs.

Patient	Je dois avoir mes huit heures de sommeil
Thérapeute	Pourquoi ?
Patient	Parce que sinon je serai fatigué demain
Thérapeute	Et en quoi ce serait-il gênant ?
Patient	Je ne serai pas efficace au travail
Thérapeute	Et en quoi cela serait-il problématique ?
Patient	Je perdrais mon travail
Thérapeute	Et que se passerait-il alors ?
Patient	Ma femme me quitterait et je n'aurais plus de raison de vivre

Cette flèche descendante permet de mettre en évidence deux schémas cognitifs dysfonctionnels :

- Je dois être tout le temps performant à 100 % au travail ;
- Je suis aimé pour ce que je fais et non pour ce que je suis.

Elle permet aussi de mettre en évidence pourquoi la personne éprouve autant d'angoisse à ne pas trouver le sommeil : un manque de sommeil le conduirait en fait à perdre sa raison de vivre.

Une fois les pensées et croyances dysfonctionnelles mises en évidence, on peut les travailler en testant leur validité ou en réfléchissant à des pensées alternatives plus adaptées. En assouplissant les schémas de pensées du patient, la restructuration cognitive lui permet d'éviter l'anxiété liée à l'anticipation de son mauvais sommeil.

■ La luminothérapie

La luminothérapie est une technique alternative complémentaire à la TCC. Son postulat est que l'état d'éveil en journée et la qualité du sommeil sont tous deux influencés par la durée d'exposition à la lumière du jour. La technique consiste à fixer quotidiennement une lumière blanche de grande intensité ; la lumière agissant sur la production de diverses hormones responsables de l'état d'éveil et de sommeil (la mélatonine par exemple). Cette fixation vise à synchroniser les cycles sommeil-veille par rapport à l'environnement externe du patient (Zisapel, 2001).

Il convient de rester prudent vis-à-vis de cette technique car il existe peu de preuves empiriques de son efficacité. Certaines études suggèrent qu'elle permettrait de régulariser le sommeil (rythme circadien), d'améliorer la qualité de celui-ci et de conduire de ce fait à une meilleure performance diurne (voir Gooley, 2008). D'autres auteurs soulignent toutefois que les études existantes présentent encore d'importants

biais méthodologiques (McCurry, Logsdon, Teri & Vitiello, 2007). Les données probantes suggèrent que cette méthode est surtout utile lorsque l'insomnie est associée à un dérèglement du rythme circadien, comme un délai de phase chez l'adolescent ou d'avancement de phase chez la personne âgée.

3.2.2 Sur quoi travaille-t-on en thérapie ?

La thérapie devra cibler les facteurs qui maintiennent ou exacerbent les insomnies. Le tableau 2.1 récapitule les techniques adaptées au traitement de chacun de ces facteurs (Billiard & Dauvilliers, 2004).

Tableau 2.1 – *Indications des thérapies cognitives et comportementales*

Facteurs responsables du maintien des insomnies	Intervention cognitivo-comportementale
Hyperéveil physiologique/émotionnel	Techniques de relaxation
Hyperéveil cognitif	Imagerie positive
Habitudes défavorables au sommeil	Hygiène du sommeil Contrôle du stimulus Restriction du temps passé au lit
Idées défavorables au sommeil et anticipation négative des conséquences d'un mauvais sommeil	Techniques cognitives

3.2.3 Exemple d'une prise en charge TCC

La TCC-type dans la prise en charge de l'insomnie consiste en une combinaison de plusieurs techniques décrites précédemment. De manière générale, elle tente d'aborder les pensées et les comportements inadaptés qui constituent les éléments perturbant la capacité du patient à se relaxer et s'endormir. Elle a pour but d'interrompre la nature autoréalisatrice de ces pensées et les comportements alimentant l'insomnie. Elle fournit ainsi aux patients les clés nécessaires pour prévenir, faire face et minimiser leurs insomnies.

■ *Applicabilité de la thérapie*

Il est nécessaire d'adapter le processus thérapeutique aux caractéristiques de l'insomnie de chaque patient. Si l'insomnie est transitoire et due à un changement brutal dans la vie de la personne (deuil, séparation,

etc.) et à l'adaptation nécessaire qui en résulte, il est préférable de détecter et traiter la cause du déclenchement de l'insomnie (Moreau *et al.*, 2010).

La thérapie que nous décrivons ci-dessous est applicable aux insomnies chroniques, dans lesquelles l'élément déclencheur n'est plus actuel et où le patient a mis en place des réponses qui maintiennent l'insomnie (croyances, attitudes, comportements erronés). Elle peut également être applicable aux insomnies comorbides (à une dépression, à un trouble anxieux), à condition de prendre parallèlement en charge le trouble coexistant sous peine d'échec du traitement.

■ Déroulement des séances

Le début de la thérapie (Vallières *et al.*, 2004) s'effectue par une évaluation précise de l'insomnie. Il est important que le thérapeute fasse l'anamnèse du patient et l'aide à identifier les éventuels problèmes physiques et psychologiques sous-jacents (troubles psychopathologiques, rupture, décès, etc.). D'autres facteurs peuvent expliquer l'apparition de l'insomnie comme la consommation de substances (alcool, drogues, médicaments) ou un autre trouble du sommeil (dérèglement du rythme circadien, apnées, par exemple, voir Lande & Gragnani, 2010).

Première séance. Il s'agit de caractériser la plainte du patient et de repérer ses mauvaises habitudes de sommeil. Le thérapeute fait également de la psychoéducation au sujet du sommeil et des insomnies (voir Espie 1994 pour plus de détails). L'agenda du sommeil est présenté et proposé au patient pendant environ 15 jours.

Deuxième séance. La technique de restriction du sommeil (RS) peut être introduite dès la deuxième séance afin de contrecarrer directement les mauvaises habitudes. Pour cela, le thérapeute explique la technique au patient, consulte les résultats de l'agenda du sommeil et ajuste le temps de sommeil en conséquence. La composante comportementale est ensuite approfondie par l'introduction du contrôle par le stimulus (CS).

Troisième et quatrième séances. À nouveau, le thérapeute et le patient commencent par consulter l'agenda du sommeil. Les mesures mises en place à la première séance (CS et RS) sont évaluées : résultats, tolérance. Un ajustement est à faire si nécessaire. Il est indispensable pour le thérapeute de renforcer positivement les acquis obtenus par le patient afin de garantir son engagement et sa motivation. La thérapie cognitive est introduite à son tour, afin d'aider le patient à repérer et modifier ses croyances et attitudes nuisibles au sommeil.

Cinquième séance. Le thérapeute et le patient consultent l'agenda du sommeil. Des ajustements peuvent être nécessaires au niveau de la RS

et du CS. La composante éducationnelle prend place visant à enseigner une bonne hygiène de sommeil ainsi que les techniques de relaxation.

Sixième séance. Il s'agit ordinairement de la dernière séance. Les progrès sont évalués et discutés. Le thérapeute présente diverses stratégies préventives de maintien des acquis. Des sessions ultérieures peuvent néanmoins être utiles afin d'affiner davantage les techniques jusqu'à ce que le patient soit tout à fait apte à les utiliser par lui-même.

■ *Efficacité*

Des méta-analyses ont évalué ces différentes méthodes et indiquent que les techniques de contrôle de stimulus et de restriction de temps de sommeil présentent les meilleurs résultats (Morin *et al.*, 1994 ; Murtagh & Greenwood, 1995). Cependant, en clinique, les thérapeutes préfèrent combiner différentes techniques. Le plus souvent, ils associent des composantes comportementales, cognitives et éducatives (Morin, 2010). Comme pour chaque thérapie, il est également important d'inclure une évaluation, voire un travail motivationnel (Centre belge d'information pharmacothérapeutique, 2010).

Les résultats de ces études montrent que 70 à 80 % des patients bénéficient du traitement et 40 % présentent une rémission. Au terme des sessions, les patients constatent une diminution du délai d'endormissement et du nombre d'éveils nocturnes, ainsi qu'une augmentation de la qualité et de la durée totale de sommeil. Concrètement, la latence subjective d'endormissement passe d'une moyenne de 60-70 minutes avant traitement à une moyenne d'environ 35 minutes après. La durée des éveils est réduite de 70 minutes à 38 minutes. La durée totale du sommeil augmente de 30 minutes, pour passer à 6 heures 30. Le traitement des insomnies a par ailleurs un impact positif sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de l'individu (Morin, 2010).

4. Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons découvert que la problématique des insomnies était relativement fréquente, et pourtant peu traitée. Nombreuses sont les personnes qui souffrent d'un mauvais sommeil et de ses conséquences, et qui ignorent qu'elles possèdent de nombreuses cartes en main pour y remédier. Nous avons également vu que les insomnies pouvaient être causées par de nombreux facteurs (environnemen-

taux, biologiques, psychologiques et sociaux), et que nous disposons chacun d'une certaine prédisposition à souffrir d'insomnies (facteurs psychologiques, de personnalité, habitudes de vie, etc.). Des facteurs précipitants et de maintien de l'insomnie sont également à prendre en considération. Nous avons finalement montré que les conséquences d'un mauvais sommeil dépassent largement le cadre de la simple fatigue. Un manque de sommeil altère le fonctionnement et la performance cognitive (attention, mémoire, raisonnement), altère l'humeur et les rapports sociaux et peut, à la longue, engendrer l'apparition de troubles psychopathologiques tels que la dépression. Tous ces éléments soulignent l'importance d'une prise en charge adéquate de l'insomnie.

Pour aller plus loin



MORIN, C. M. (1997). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.

MORIN, C. M. & ESPIE, C. A. (2003). *Insomnia : A clinical guide to assessment and treatment*. New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.

CARNEY, C.E., MANBER, R. (2009). *Quiet your mind and get to sleep : Solutions to insomnia for those with depression, anxiety, or chronic pain*. Oakland, CA : New Harbinger.

EDINGER, J.E., CARNEY, C.E. (2008). *Overcoming Insomnia : A Cognitive-Behavioral Therapy Approach*. New York : Oxford University Press.

LES LOMBALGIES CHRONIQUES¹

1. Par Aude De Clercq, Émilie de Tender, Chloé de Thomaz de Bossière, Angélique Flas, Afthon Moeyaert, Aurélie Thibaut et Alix Vandenberg.

Expert-relecteur : Nathalie Scaillet, docteur en psychologie et psychothérapeute spécialisée en douleur chronique, CHU Mont-Godinne.

Les auteurs remercient chaleureusement Geoffrey Le Polain de Waroux d'avoir partagé avec eux son expérience clinique dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Merci également aux patients qui ont accepté de témoigner dans le cadre de cette étude.

Sommaire

1.Présentation de la maladie	43
1.1 Introduction	43
1.2 Éléments d'épidémiologie : lombalgies communes et lombalgies chroniques	44
1.3 Étiologie des lombalgies chroniques	44
1.4 Symptomatologie	46
1.5 Changements de comportements et/ou modifications du style de vie	46
2.Comorbidités psychologiques	47
2.1 Perturbations affectives	47
2.2 Dépendances.....	49
2.3 Kinésiophobie	49
3.Prise en charge.....	50
3.1 Prise en charge médicale	50
3.2 Prise en charge psychologique	53
4.Conclusion.....	62

1. Présentation de la maladie

1.1 Introduction

Les lombalgies font référence à un symptôme douloureux dans la région lombo-sacrée (Duquesnoy, Defontaine, Grardel, Maigne, Thevenon & Vignon, 1994). La douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient » (International Association for the Study of Pain, IASP). Ce trouble se présente sous quatre formes (voir figure 3.1) et varie suivant la durée des douleurs ressenties par les patients (Bourgeois, 2003).

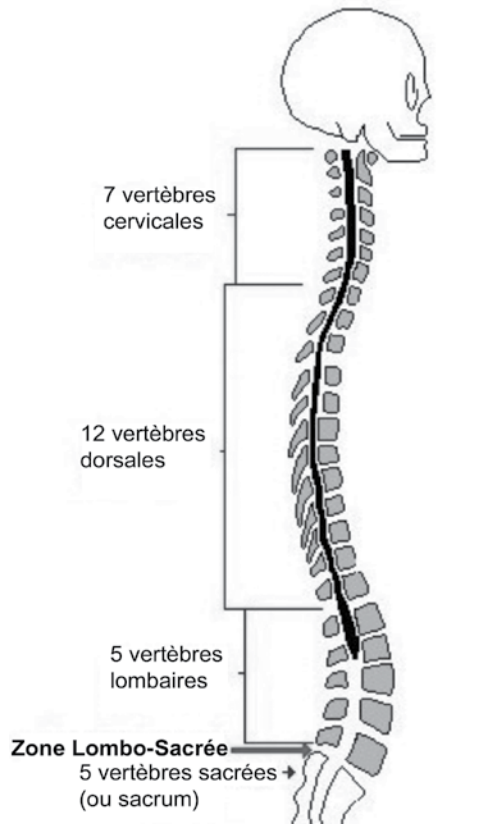


Figure 3.1 – Colonne vertébrale de profil
(adaptée de Boutlier & Outrequin, s.d.)

1.2 Éléments d'épidémiologie : lombalgies communes et lombalgies chroniques

On estime qu'entre 50 et 80 % de la population mondiale seraient victimes, à un moment donné, de douleurs lombaires. En Belgique, 25 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déjà consulté au moins une fois leur médecin généraliste pour des douleurs lombaires (Nielens, Van Zundert, Mairiaux *et al.*, 2006). Ceci place les lombalgies communes en tête des problèmes de santé en termes de fréquence de survenue (Rosomoff, 1992). L'âge moyen d'apparition de la lombalgie commune et chronique est de 43 ans, avec un écart-type de plus ou moins onze ans (Lafuma, Fagnani & Vautravers, 1998).

Les lombalgies communes ont un taux d'incidence européen de 60 à 90 %. Leur forme chronique ne concerne que 7 % de cette population. Le passage à la chronicité semble être favorisée par la sévérité des maux, la présence d'une sciatalgie (douleur due à une irritation du nerf sciatique) et l'existence d'une incapacité fonctionnelle (Bourgeois, 2001). Les lombalgies chroniques ont de lourdes conséquences au niveau socioéconomique, en raison du coût des procédures médicales (922 euros/patient par an) et du manque à gagner découlant de la baisse de productivité et/ou de l'absentéisme au travail (Nielens *et al.*, 2006). Ce lourd retentissement psycho-socio-économique explique que les lombalgies suscitent actuellement un intérêt majeur au sein des pays industrialisés.

1.3 Étiologie des lombalgies chroniques

Les lombalgies chroniques englobent des tableaux cliniques de causes et de pronostics variables. Dans certains cas, la lombalgie peut résulter d'une lésion antérieure guérie (par exemple, une hernie discale) ou peut avoir comme cause une maladie en cours, telle qu'une lésion nerveuse ou encore de l'arthrose. Une patiente, J.R. (2011, communication personnelle), explique que ses douleurs lombaires sont apparues à la suite d'une hernie discale, elle-même due à un effort physique. Mais dans plus de la moitié des cas, aucun diagnostic lésionnel précis ne peut être établi. C'est le cas de I.L. (2011, communication personnelle), chez qui la cause de la douleur n'a jamais pu être déterminée. Celle-ci semble s'être installée progressivement.

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, 2000), la lombalgie chronique est un symptôme multifactoriel. Comme l'indique Scaillet (2008) : « la douleur chronique est un phénomène

complexe incluant, en proportions variables et mouvantes dans le temps, des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La douleur chronique doit donc toujours être comprise comme une problématique de nature bio-psycho-sociale et traitée en conséquence ».

Principaux facteurs de risque de la douleur chronique

Facteurs biologiques

Sexe (femmes).
Âge (45-50 ans).
Taille et/ou poids élevés.
Facteurs génétiques.

Facteurs psychologiques

Anxiété.
Dépression.
Colère.
Hyperactivité.
Fatigue.
Stress (professionnel ou privé).
Croyances (sur la douleur, la manière de la traiter, sur sa capacité à y faire face).

Facteurs sociaux

Exposition à des agents de pénibilité physique au travail et en dehors (par exemple, travailler debout, porter et manipuler des charges, etc.).
Manque de soutien social¹.

Ce qu'il est fondamental de comprendre, c'est que le développement de la douleur chronique est un processus complexe et multidimensionnel dans lequel les facteurs psychologiques jouent un rôle. Lorsqu'un problème lombaire survient (par exemple, à la suite d'une exposition à des agents de pénibilité physique), les facteurs psychologiques peuvent influencer le cours de son développement. Ils vont aussi influencer la

1. Voir Turk & Monarch « Biopsychosocial perspective on chronic pain » dans *Psychological approaches to pain management* (2002) pour une vision plus complète et plus approfondie du modèle biopsychosocial de la douleur.

manière dont la personne va vivre sa douleur. Mais cela ne veut pas dire que la douleur est psychogène (voir Masquelier, 2008 pour une explication du phénomène de sensibilisation du système nociceptif). Les facteurs psychologiques interagissent avec les autres variables.

1.4 Symptomatologie

La lombalgie chronique est caractérisée par des douleurs intenses dans le bas du dos. Elle peut s'accompagner d'une irradiation dans l'aîne, la fesse, la crête iliaque, voire la cuisse. Ainsi, J.R. se plaint notamment d'une progression de ses douleurs lombaires vers les membres inférieurs provoquant des difficultés au niveau de la marche.

Les douleurs peuvent se manifester sous formes d'élancements répétés et persistants (douleurs lancinantes), de raideur, de barre, de pincements intenses ou de brûlure. Elles peuvent être aiguës (parfois au point de plier l'individu en deux et de lui couper le souffle) ou se manifester de manière sournoise et progressive.

Le type de douleur, ses manifestations et les positions qui la déclenchent dépendent de l'origine de la douleur : elle peut être musculaire ou ligamentaire, discale, facettaire ou issue des racines nerveuses. L'école du dos de l'Université du Québec propose une manière ludique de l'identifier¹.

Notons que la douleur peut aussi être mixte, par exemple à la fois discale et facettaire, et que cette mixité des symptômes rend difficile la pose d'un diagnostic précis.

1.5 Changements de comportements et/ou modifications du style de vie

Les douleurs chroniques peuvent avoir un effet dévastateur pour le patient en affectant son fonctionnement, son psychisme, son humeur, son sommeil, ses rapports sociaux, sa vie professionnelle ainsi que sa qualité de vie. Les souffrances dues à ce trouble rendent nombre d'activités quotidiennes difficiles, voire impossibles à exécuter. En effet, les patients décrivent des difficultés à accomplir les tâches ménagères et à continuer leurs activités professionnelles. Progressivement, un syndrome de déconditionnement à l'effort² peut se mettre en place (Bouhassira, Lanteri-Minet, Attal *et al.*, 2008).

1. <http://uriic.uqat.ca/chroniquep/02douleuraigue/cartesdeladouleur/index.html>.

2. Diminution des capacités physiques du patient après un arrêt des activités durant plusieurs semaines.

2. Comorbidités psychologiques

2.1 Perturbations affectives

On parle de douleur chronique lorsqu'elle perdure au-delà de 3 mois. Au terme de cette période, les ressources de l'individu commencent à s'épuiser et des troubles émotionnels peuvent apparaître (Boureau, 1991). Les conséquences exposées dans la figure 3.2 (insomnies, dépression, par exemple) peuvent finir par devenir plus importantes que leur cause de départ et mettre le patient dans un état de stress qui entretient à son tour la douleur (Ophoven, 2011, communication personnelle). Le plus souvent, on assiste également à une réduction, voire un évitement des activités (Gonzales, Martelli & Baker 2000), qui entretient à la fois la douleur et les troubles émotionnels (dépression, par exemple). La douleur chronique peut ainsi engendrer un véritable cercle vicieux.

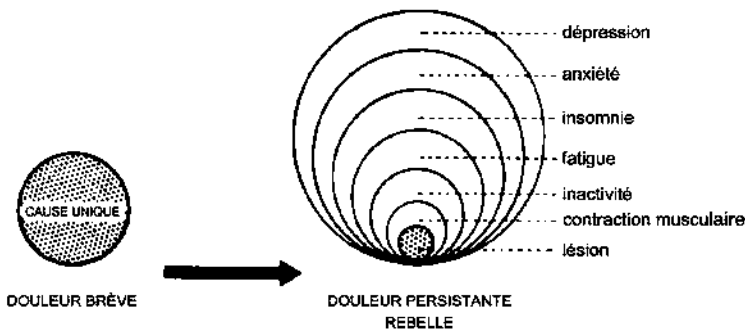


Figure 3.2 – *Complications de la douleur* (Boureau, 1991)

2.1.1 Dépression

La dépression et la détresse psychologique semblent être des comorbidités fréquentes de la lombalgie chronique. Ironiquement, elles aggravent le trouble (Currie & Wang, 2004). Ces comorbidités pourraient être dues à une modification des perceptions des personnes concernant leur propre santé (Harper, Harper, Lambert *et al.*, 1992), une incompréhension d'autrui, une perte d'espoir concernant la disparition des douleurs, un deuil des activités habituelles, ou encore un deuil de son identité et un sentiment d'amoindrissement.

2.1.2 Anxiété/stress

La littérature met en avant la prévalence de divers troubles anxieux auprès des personnes présentant une douleur chronique. À ce jour, les modèles vont plutôt dans le sens d'une influence mutuelle où la douleur renforcerait les pensées anxieuses et *vice versa*. L'anxiété contribue activement aux perceptions du patient et à ses réactions face à la douleur. Elle augmente l'hypervigilance à la douleur (Tang, Salkovskis, Hodges *et al.*, 2009) et diminue la tolérance à la souffrance physique ainsi qu'aux situations ou activités pouvant engendrer une sensation douloureuse.

Si certains ont les ressources nécessaires pour faire face, d'autres se laissent dépasser par la douleur qui devient le centre de leurs préoccupations et ainsi entrave leur qualité de vie. Ces personnes pensent que la douleur ne cessera jamais et utilisent de mauvaises stratégies de coping tels que le catastrophisme (focalisation des cognitions sur les aspects négatifs liés à la douleur), l'évitement des activités et des situations pouvant engendrer la douleur ou encore la dépendance au système des soins de santé (Gonzales *et al.*, 2000).

2.1.3 Autres sentiments éprouvés

Les patients éprouvent fréquemment de la colère et de la frustration (Harper *et al.*, 1992), notamment à la suite d'un manque d'écoute et d'explications adéquates de la part du corps médical et d'une faible importance accordée par ce dernier à la propre connaissance de leur corps (Slade, Molloy & Keating, 2009). Ils peuvent également éprouver un sentiment d'abandon. Enfin, la perception d'autrui quant à la maladie et le manque de croyance en la véracité du trouble peut entraîner une diminution de l'estime de soi (Harper *et al.*, 1992).

2.1.4 Perturbations sociales, familiales et professionnelles

Les personnes lombalgiques se sentent généralement seules face à leur souffrance. Celle-ci est parfois incomprise par leur entourage et les médecins, et cela peut engendrer chez le patient un besoin constant d'en prouver la véracité. La relation aux soignants est fréquemment perturbée. Les patients se disent révoltés contre le système de santé censé diminuer leur souffrance (Campbell & Cramb, 2008). Boureau (1991) souligne que les patients considèrent souvent qu'ils sont victimes d'une erreur médicale, ou en tout cas d'une mauvaise prise en charge par les médecins.

La nécessité de dépendre des autres pour toutes sortes d'activités de la vie quotidienne n'est pas facile à accepter (Campbell & Cramb, 2008). De plus, lorsque la situation n'évolue pas malgré le soutien de la famille et des amis, les personnes lombalgiques et leur entourage peuvent être frustrés. Cette frustration augmente leurs difficultés de communication (Clauw, 2004) et favorise l'évitement social (Le Polain, 2011 communications personnelle).

Les symptômes vont induire une diminution significative des activités et éventuellement un arrêt de travail. Dès lors, une perte d'identité professionnelle et, plus largement, un processus de désocialisation s'installe progressivement. Selon les personnes interrogées, sortir devient difficile, ce qui contribue à l'isolement et affecte fortement la qualité de vie des patients.

Les douleurs dues à la lombalgie chronique affectent également les relations conjugales ; d'une part en diminuant l'activité sexuelle (Rothrock & D'amore cités par Schlesinger, 1996), et d'autre part en engendrant une baisse de l'estime de soi ainsi qu'une image négative du corps. Certains patients refusent de s'engager dans une relation par manque de compréhension de la part d'autrui et pour ne plus devoir justifier leurs craintes, leurs incapacités et leurs douleurs (Schlesinger, 1996).

2.2 Dépendances

Certaines personnes souffrant de lombalgie chronique développent une dépendance médicamenteuse et abusent d'antidouleurs (Harper *et al.*, 1992). Ce type de comportement est parfois dû à un manque de conscience des risques pour la santé, une mauvaise information concernant la posologie, voire une prescription inadaptée. On assiste parfois à une consommation excessive d'alcool, dans le but de soulager les douleurs ainsi que la détresse émotionnelle.

2.3 Kinésiophobie

La kinésiophobie ou peur du mouvement, correspond à une peur excessive et irrationnelle de la douleur et/ou de se blesser à nouveau, entraînant un évitement du mouvement (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, Ruesink & Van Eek, 1995). L'inactivité ainsi engendrée agit directement et indirectement sur la douleur, directement en augmentant la douleur lors de mouvements peu pratiqués et indirectement en augmentant l'anxiété et la dépression lesquelles accroissent la douleur en retour (voir

figure 3.3). Cette crainte du mouvement peut aussi amener un manque de coopération du patient dans les traitements impliquant la mise en place d'activités physiques (Gonzales *et al.*, 2000).

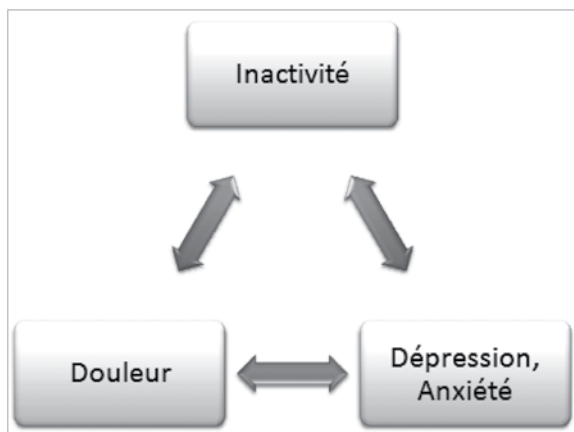


Figure 3.3 – Cercle vicieux par lequel la douleur, l'inactivité et les troubles émotionnels s'entretiennent mutuellement

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

La prise en charge médicale se fait au cas par cas, selon la situation de la personne et le mode de fonctionnement des professionnels consultés. Celle-ci se divise en traitements de types chimique et physique.

3.1.1 Traitements chimiques

■ Les antalgiques

Les antalgiques sont classés selon trois paliers par l'OMS. Le premier palier regroupe les antalgiques non opiacés (le paracétamol®). Le deuxième regroupe les antalgiques opioïdes faibles (par exemple, Tramadol). Enfin, le troisième rassemble les antalgiques opioïdes (la morphine par exemple) (Quenneau & Ostermann, 1998). Les antalgiques des deux premiers paliers seront souvent suffisants pour maîtriser la douleur (Pointillart, 2008).

■ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS, antalgiques de niveau 1, tels que le Kétoprophène Profenid® sont le plus souvent sans intérêt pour la lombalgie chronique excepté lors d'épisodes aigus (Pointillart, 2008). L'ANAES (2000) préconise d'ailleurs de limiter leur durée d'utilisation.

■ Les co-antalgiques

Les co-antalgiques sont des antidépresseurs (par exemple, l'Anafranil®) et/ou des antiépileptiques (comme la Gabapentine® ou la Pregabaline®). Les antidépresseurs tricycliques vont être bénéfiques pour deux raisons : leurs effets antalgiques centraux ainsi que leurs effets sur l'humeur du patient qui rétroagit sur la douleur (Pointillart, 2008). Les antiépileptiques vont agir exclusivement en cas de douleurs neuropathiques associées (Laroche & Mick, 2008).

■ L'infiltration

L'infiltration désigne l'injection de corticoïdes directement dans le tissu ou l'articulation afin d'agir plus directement et plus puissamment sur les douleurs. Ce type d'intervention peut être proposé dans le cas où les autres traitements médicamenteux n'agiraient pas, tout en limitant le nombre d'infiltrations (Valat, Goupille & Védère, 2004).

■ Les myorelaxants

Les myorelaxants tels que le Tetrazepam® permettent un relâchement au niveau musculaire. Compte tenu de leurs effets secondaires et du haut risque de dépendance qu'ils entraînent, il est important de les réserver à des épisodes aigus et de limiter leur prise dans le temps (Valat *et al.*, 2004).

■ Les interventions chirurgicales

Les interventions chirurgicales ne sont envisagées que lorsque le médecin identifie une cause anatomique précise à la douleur et qu'un diagnostic formel peut être établi. Nonobstant, la chirurgie est loin d'être toujours efficace et elle aggrave parfois l'état de la personne (Valat *et al.*, 2004). Ainsi, J.R., qui a subi deux opérations pour des hernies discales, a vu réapparaître ses douleurs après 3-4 mois.

3.1.2 Traitements physiques

■ *Le repos*

Le repos n'est pas recommandé en cas de lombalgie chronique. Il favoriserait, sur le long terme, l'abaissement du seuil de la douleur et une désadaptation graduelle à l'effort physique. Ainsi, les médecins s'accordent à ne limiter le repos qu'à 48 heures maximum, et ce uniquement en cas de poussées douloureuses aiguës (ANAES, 2000).

■ *Le lombostat*

Le Lombostat est un corset rigide qui a pour but de limiter la mobilité des premières vertèbres lombaires (Mairiaux & Mazina, 2007 ; Rémond, 2006). Cependant, les médecins ne s'accordent pas sur les bienfaits de celui-ci. Son port devrait donc se limiter aux périodes d'épisodes aigus et/ou d'activités qui sollicitent fortement le dos.

■ *Les massages*

Les massages sont généralement conseillés afin de préparer la région douloureuse à d'autres traitements physiques (ANAES, 2000). Ils font partie intégrante de la prise en charge kinésithérapeutique.

■ *Les manipulations vertébrales*

Les manipulations vertébrales correspondent à un mouvement des articulations du dos (rotation, flexion, latéroflexion, extension d'un segment vertébral) exercé par un professionnel. Selon l'ANAES (2000), ce traitement aurait un effet antalgique à court terme.

■ *La physiothérapie*

La physiothérapie désigne l'ensemble des traitements usant d'agents physiques naturels (par exemple, chaleur, ultrasons, électricité) dans un but antalgique. Selon l'ANAES (2000), seules les TENS (neurostimulations électriques transcutanées) semblent avoir un effet antalgique, et ce uniquement durant la période d'application. Les autres procédés de physiothérapie n'ont pas démontré leur efficacité.

■ *La kinésithérapie*

La kinésithérapie est une activité paramédicale basée sur des techniques actives et passives fondées scientifiquement. Les kinésithérapeutes vont pratiquer différentes techniques précédemment citées (massages, physiothérapie, par exemple) en mettant également en place des exercices plus actifs. Ceux-ci ont différents objectifs dont la musculation de

certaines parties du corps (par exemple, dos, abdominaux), l'amélioration des postures, et une rééducation proprioceptive (Pointillart, 2008).

■ **Le programme de reconditionnement à l'effort (PRE)**

Le PRE vient en aide aux personnes lombalgiques en situation de désocialisation et de déprofessionnalisation. Ce programme se décline en un mode « progressif » (hospitalisation de jour durant six à douze semaines) et un mode « intensif » (hospitalisation de nuit pendant trois à six semaines). Le programme sera individualisé en fonction des objectifs de la personne et de sa situation, et il comportera des exercices adaptés à chacun. Cette méthode a prouvé son efficacité aussi bien préventive que curative concernant la réinsertion professionnelle et l'augmentation des capacités physiques (Laroche & Mick, 2008).

■ **L'école du dos**

L'école du dos a pour but l'apprentissage d'un usage plus sain du dos. Celle-ci peut tout autant accueillir des personnes en souffrance que des personnes voulant seulement changer leurs mauvaises habitudes posturales (Valat *et al.*, 2004). Chaque école a sa manière de fonctionner. Certaines ont seulement un but éducatif, tandis que d'autres mettent en place des exercices pratiques et un soutien psychologique (Heymans, van Tulder, Esmail *et al.* cités par Mairiaux & Mazina, 2007). Selon l'ANAES (2000), une prise en charge qui allie éducation et exercices physiques démontre une efficacité antalgique à court terme. Néanmoins, les résultats globaux paraissent controversés (Valat *et al.*, 2004).

3.2 **Prise en charge psychologique**

Les interventions psychologiques visent l'amélioration de la qualité de vie en dépit d'une douleur résiduelle.

3.2.1 **L'entretien motivationnel**

Bien que de multiples prises en charges psychologiques aient prouvé leur efficacité dans le domaine des douleurs chroniques, un certain nombre de personnes n'y trouvent pas leur compte ou rechutent (Turk, 1990 cité par Jensen, 2002 ; Turk & Rudy, 1991 cités par Jensen, 2002). Selon Karoly (1980 cité par Jensen, 2002), la motivation par rapport au traitement pourrait être mise en cause. En effet, lorsqu'un traitement demande une participation active de la part du patient, son efficacité dépend de sa volonté à y participer (Jensen, 2002).

Dans ce cadre, l'utilisation de l'entretien motivationnel développé par Miller et Rollnic (2006) semble être un bon moyen d'optimiser l'implication du patient dans le traitement et, par là même, les effets de celui-ci. Les principes de l'entretien motivationnel sont décrits au chapitre 10.

3.2.2 La thérapie cognitivo-comportementale de la douleur

L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale est largement reconnue dans le traitement de la lombalgie chronique. Elle provoque notamment des améliorations aux niveaux physique, émotionnel et social, ainsi que dans la gestion de la douleur (Berrewaerts, Doumont & Deccache, 2003).

■ *Modèle cognitivo-comportemental de la douleur chronique*

La douleur est un phénomène complexe, déterminé à la fois par sa physiopathologie mais également par les cognitions, l'affect et le comportement de la personne (voir figure 3.4). Tous ces facteurs s'influencent réciproquement. Par exemple, les émotions abaissent le seuil de la douleur. Les cognitions filtrent et interfèrent avec les facteurs environnementaux (comportements de l'entourage/des professionnels, autres événements), sensoriels, émotionnels et comportementaux. Les comportements de la personne influencent ceux de l'environnement (entourage social, familial et professionnel,...) et *vice versa* (Turk, 2002).



Figure 3.4 – Ingrédients de la douleur chronique

Les patients souffrant de douleurs chroniques finissent souvent par développer des modes de pensées négatives et mal adaptées vis-à-vis de leur souffrance et de leurs capacités à gérer celle-ci. Ces cognitions sont à l'origine d'une surestimation des douleurs, d'un découragement et d'une diminution des activités (Turk, 2002 ; Karoly, 1992 cité par Turk, 2002). L'inaction génère ensuite une préoccupation excessive du corps et de la douleur, augmentant ainsi l'insistance et les interprétations erronées des symptômes. Enfin, l'environnement peut parfois générer des bénéfices (par exemple, services rendus) qui complaisent la personne dans son rôle de « patient ». Ces différents éléments ont des conséquences sur le maintien des douleurs et doivent être pris en compte dans la thérapie (Turk, 2002).

■ *Le traitement cognitivo-comportemental de la douleur*

Cette thérapie travaille sur les facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux liés à la douleur. Au début du traitement, le thérapeute procure à la personne des informations adéquates concernant la douleur (risque lié à l'inactivité, possibilité pour la personne de pouvoir agir sur les douleurs, par exemple). Il procède ensuite à une analyse fonctionnelle¹, afin de mettre en avant les relations existantes entre les cognitions, les émotions, les comportements et l'environnement (Turk, 2002). Ce travail permet à l'individu de comprendre son implication dans la perception de la douleur et sa possibilité de contrôler cette dernière. La thérapie proprement dite comprendra trois axes :

- 1) des techniques cognitives visant à restructurer les cognitions dysfonctionnelles qui influencent l'expérience de la douleur (Turk, 2002) ;
- 2) des techniques métacognitives telles que l'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) visant à augmenter l'acceptation de la douleur ;
- 3) des techniques comportementales visant à diminuer la kinésio-phobie et l'inactivité.

Dans le cadre de la douleur chronique, la thérapie cognitive et comportementale peut se faire individuellement ou en groupe. Selon Le Polain de Waroux (2011, communication personnelle), psychologue spécialisé dans la prise en charge de la douleur chronique : « Les séances de groupe

1. Recueil d'informations et d'observations concernant la problématique de la personne, ses antécédents, ses conséquences et les situations dans lesquels elle se produit.

vont permettre à chacun de voir comment les autres réagissent et fonctionnent. Elles favorisent un échange entre les patients et leur permettent de trouver des solutions auprès de personnes qui les comprennent et rencontrent les mêmes difficultés. De plus, le soutien des autres patients va énormément jouer sur le moral et le réinvestissement des personnes. Ces séances jouent un rôle clé dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. »

Techniques cognitives issues de la thérapie cognitive de Beck. Ces techniques permettent une restructuration cognitive en quatre étapes.

Lors de la première étape, la personne doit identifier ses pensées automatiques négatives, apprendre à différencier ses pensées des faits réels et, enfin, prendre conscience des répercussions de ses pensées sur ses comportements et ses émotions. À cette fin, diverses techniques telles que les jeux de rôle, la décentration, l'exposition progressive, ainsi que le tableau en trois colonnes de Beck (tableau 3.1) sont utilisées (Blackburn & Cottraux, 2008).

Tableau 3.1 – Tableau en trois colonnes de Beck
(source : Philippot & Nef, 2010)

Situation	Émotion		Pensées automatiques
Je n'ai pas su faire tout mon nettoyage	Spécifier		La pensée automatique qui a conduit à l'émotion
	Tristesse	45 %	Je ne pourrai plus jamais rien faire
	Colère	5 %	
	Anxiété	20 %	
	Évaluer l'intensité globale de l'émotion		Niveau de croyance dans cette pensée automatique
	70 %		87 %

La seconde étape détaillée au tableau 3.2 se consacre à l'étude de l'impact des pensées négatives sur les douleurs et la qualité de vie du patient, et à la réévaluation de la croyance dans la pensée automatique initiale grâce à la pensée rationnelle. Après complétion du tableau, la personne est amenée à trouver des pensées alternatives et à les tester en situation (Blackburn & Cottraux, 2008).

Tableau 3.2 – *Tableau en cinq colonnes de Beck*
(source : Philippot & Nef, 2010)

Situation	Émotions		Pensée automatique	Réponse rationnelle	Résultat	
	Spécifier		La pensée automatique qui a conduit à l'émotion	La pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique	Réévaluation de la croyance dans la pensée automatique	
	Tristesse	%			Tristesse	%
	Colère	%			Colère	%
	Anxiété	%			Anxiété	%
		%				%
					Spécifier de nouvelles émotions éventuelles	
	Évaluer l'intensité globale de l'émotion		Niveau de croyance dans cette pensée automatique	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle	Évaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse	
	%		%	%	%	

La troisième étape vise l'identification des schémas qui sous-tendent les pensées automatiques. Elle nécessite l'utilisation de la technique de la flèche descendante et l'identification de thèmes communs aux différentes situations problématiques (figure 3.5).

Patiente : Je n'ai pas su faire tout mon ménage.

Thérapeute : D'accord. Pourquoi est-ce que cela vous ennuie ?

Patiente : Parce que cela veut dire que je ne sais plus faire ce que je faisais avant.

Thérapeute : Peut-être, mais si c'est le cas, en quoi cela vous gêne-t-il ?

Patiente : Cela veut dire que je ne saurai plus jamais rien faire.

Thérapeute : Bon, et si vous ne savez plus rien faire, en quoi cela est-il gênant ?

Patiente : Cela signifie que je suis une incapable, une bonne à rien.

Thérapeute : Et cela signifierait quoi pour vous ?

Patiente : Cela voudrait dire que je suis complètement inutile. Je serais malheureuse car je n'aurais plus de raison de vivre.

Cet échange a permis de mettre en évidence deux types de schémas cognitifs :

1. ma valeur dépend de ce que je fais ;
2. si je ne fais pas les choses aussi bien qu'avant, je suis une incapable, je ne sers à rien.

Figure 3.5 – *Exemple de flèche descendante*
(Blackburn & Cottraux, 2008)

Dans la quatrième étape, les avantages et inconvénients des schémas ainsi mis en évidence sont analysés, et leur validité est testée dans le but de les assouplir (Blackburn & Cottraux, 2008).

Les techniques métacognitives issues de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT¹). Dans le cadre de la lombalgie chronique, l'ACT poursuit trois objectifs :

- 1) apprendre au patient à accepter les aspects immuables de la douleur ;
- 2) réduire sa tendance à la réification (considérer les cognitions comme des événements réels) ;
- 3) apprendre à agir en accord avec ses valeurs.

Ces trois objectifs formeront les trois grands axes de l'intervention.

Le début de la thérapie est consacré à l'élaboration d'un bilan sur les démarches thérapeutiques passées. Le thérapeute aborde l'efficacité à court et à long terme de ces traitements, les symptômes associés et leurs effets sur la manière dont la personne souhaite mener sa vie. C'est l'occasion de mettre en évidence les limites et les effets néfastes des tentatives de suppression et d'évitement des douleurs (par exemple, colère, désespoir, inactivité, consommation abusive de médicaments) (Le Polain de Waroux, 2010).

Le premier axe consiste à faire prendre conscience au patient que lorsque la douleur ne diminue pas malgré le traitement, il est inutile de s'emporter contre elle et que toute tentative supplémentaire pour éviter ou supprimer celle-ci (abuser de médicaments, dormir toute la journée) sera inefficace à long terme et ne fera qu'accroître la détresse psychologique.

1. Acceptance and Commitment Therapy.

Une métaphore pour comprendre les effets indésirables de l'évitement : l'invité indésirable (Le Polain de Waroux, 2010).

Imaginez que vous décidiez d'organiser une grande fête chez vous. Vous voulez que la fête soit parfaite et la préparez avec soin. La fête vient à peine de débiter que Joe sonne à la porte et s'invite à votre soirée. Joe est un voisin que vous n'appréciez pas particulièrement : ses vêtements sont toujours sales et abîmés, il sent très mauvais, gesticule beaucoup, manque de finesse et parle fort pour ne rien dire. Vous êtes horrifié(e) à l'idée qu'il s'invite au milieu de vos amis.

Quelle attitude auriez-vous vis-à-vis de Joe ? Entourez la proposition qui vous semble la plus appropriée.

1. Éviter Joe en annulant la fête.
2. Supprimer vos réactions vis-à-vis de Joe en vous maintenant occupé(e) en permanence.
3. Vous rendre insensible à Joe en buvant de l'alcool ou prenant des relaxants.
4. Passer votre temps à remettre Joe dehors et à l'empêcher, par tous les moyens, de rentrer à nouveau
5. Accepter Joe exactement tel qu'il est, et profiter de la soirée.

Cette métaphore est très utile pour faire comprendre aux patients que la meilleure solution face à une douleur persistante est encore de l'accepter.

La mindfulness est l'une des techniques qui peut être apprise aux patients afin de favoriser l'acceptation. La mindfulness (ou pleine conscience) consiste à porter une attention volontaire sur le moment présent en adoptant une attitude d'observation et de non-jugement. La personne doit pouvoir prendre conscience de ses pensées, émotions et sensations sans les analyser, pour ensuite se recentrer sur le moment présent.

Le second axe est consacré aux pensées et émotions négatives. Il vise à faire prendre conscience au patient que ses émotions et ses pensées ne constituent pas forcément *la* réalité (par exemple, ce n'est pas parce que je pense que les douleurs ne cesseront jamais que c'est forcément vrai ; ce n'est pas parce que je pense que mon mari va me quitter parce que je ne travaille plus que ce sera le cas). L'objectif est donc de défusionner les pensées de la réalité, afin de diminuer les émotions négatives qu'elles engendrent.

Enfin, le troisième axe de la thérapie vise à amener l'individu à agir en fonction de ses valeurs (tableau 3.3). Le patient est tout d'abord amené à clarifier ses valeurs fondamentales. Ensuite, il lui est demandé de déter-

miner les objectifs et les actions concrètes qui lui permettront de se rapprocher de la vie qu'il veut mener. Enfin, il doit identifier les obstacles qui l'empêchent d'atteindre ses objectifs et y faire face (Le Polain de Waroux, 2010 ; Schoendorff, 2009).

Tableau 3.3 – *Plan d'action en fonction des valeurs fondamentales*
(Le Polain de Waroux, 2010)

Valeurs	Objectifs	Actions	Obstacles
La vie idéale (non atteignable) que j'aimerais avoir	Les objectifs réalistes qui me rapprochent de la vie que j'aimerais avoir	Les actions concrètes que je dois mettre en place pour atteindre mes objectifs	Les problèmes matériels, physiques ou psychologiques auxquels je dois faire face
La direction : le cap de mon voyage	Les destinations de mon voyage	Les différentes étapes nécessaires pour arriver à destination	Ce qui se met en travers de ma route
Ex. : L'ouest	Ex. : Aller aux États-Unis à partir de l'Europe	Ex. : Acheter un billet d'avion Bruxelles-New York	Ex. : La peur de prendre l'avion
Relations intimes			
Relations avec les enfants			
Relations familiales			
Relations sociales			
Travail			
Loisirs/hobbies			
Civisme			
Développement personnel			
Santé			
Spiritualité			

Les techniques comportementales. Selon Cedraschi, Desmeules, Luthy et Allaz (2003, cités par Rieder, 2009), les patients douloureux chroniques ont tendance à passer d'une inactivité presque totale (lorsqu'ils ont mal) à une hyperactivité (dès qu'ils se sentent mieux), ce qui favorise la réapparition de la douleur et augmente son intensité.

Le *pacing* est un terme emprunté à l'anglais qui renvoie à l'idée de trouver un rythme approprié dans ses activités. L'objectif de cette tech-

nique est de rétablir un équilibre dans les activités quotidiennes, de favoriser une reprise progressive des activités chez les personnes qui sont en hypoactivité et une meilleure gestion des limites chez les personnes qui en font trop. Le principe est d’alterner des périodes d’activités limitées avec des périodes de repos limitées ou d’autres types d’activités (étirements, relaxation, activités mobilisant d’autres groupes musculaires, etc.). Cette alternance est fondée non pas sur l’apparition de la douleur, mais sur un planning préétabli (Rieder, 2009 ; Scaillet, 2008). Ainsi, comme le souligne Le Polain de Waroux (2011, communication personnelle): «Le pacing va aider les personnes à apprendre à fractionner leurs activités, à accepter la douleur – qui sera moindre puisque l’activité sera moins intensive et moins longue – et la situation créée par celle-ci ». Cette technique favorise la réduction de la fréquence et de l’intensité des douleurs d’une part, et un accroissement des activités d’autre part (Scaillet, 2008).

Tableau 3.4 – Formulaire de pacing (Rieder, 2009)

Choix personnel	Durée du test		50 % de la valeur moyenne		
Mobilité	AM :	AM :	Temps de base :	Date :	Date :
	PM :	PM :		Temps :	Temps :
Position	AM :	AM :	Temps de base :	Date :	Date :
	PM :	PM :		Temps :	Temps :
Activité moyenne	AM :	AM :	Temps de base :	Date :	Date :
	PM :	PM :		Temps :	Temps :

La *relaxation*. Dans le cadre de la lombalgie chronique, la relaxation permet d’atténuer la souffrance et ses conséquences psychologiques en agissant notamment sur le stress, la tension musculaire, le niveau d’activité, l’humeur dépressive, l’estime de soi, le sentiment de contrôle et d’autoefficacité (Marchand, 1999 cité par Berrewaerts *et al.*, 2003) ainsi que sur l’attention accordée aux maux (Scaillet, 2008). Les trois formes de relaxation les plus couramment utilisées sont :

- la relaxation progressive de Jacobson, méthode active basée sur l’alternance de contraction et de décontraction de groupes musculaires ;
- le training autogène de Schultz, technique passive utilisant l’auto-suggestion pour induire des sensations de lourdeur et de chaleur et favoriser un état de détente ;

- l'autohypnose par laquelle la personne s'octroie des moments de déconnexions et imagine des images positives¹.

4. Conclusion

La lombalgie chronique engendre d'importantes conséquences au niveau de la vie professionnelle, sociale, familiale et quotidienne des personnes concernées. Ce trouble affecte non seulement leur physique mais aussi leur mental. En effet, la douleur est souvent accompagnée de symptômes psychiques tels que la dépression, l'anxiété, le stress, la frustration, la colère, lesquels augmentent en retour la douleur. La lombalgie chronique implique donc une prise en charge multidisciplinaire incluant un suivi psychologique. À ce niveau, les thérapies cognitivo-comportementales des deuxième et troisième vagues semblent être particulièrement efficaces. Il ne faut pas négliger toutefois l'aspect systémique du trouble et le psychologue veillera à bien comprendre comment les réactions de l'entourage interagissent avec la douleur.

Pour aller plus loin



AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). (1999). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire : Recommandations pour la pratique clinique*. Paris : ANAES.

BECK, A. T. (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Traduction de B. Pascal de *Cognitive therapy and emotional disorders* (1976). Bruxelles : De Boeck.

BOLDUC, M. F., GRAND, J., SCHOENDORFF, B. & HAYES S. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement Guide clinique, Carrefour des psychothérapeutes*. Bruxelles : De Boeck.

COTTRAUX J. (Dir.) (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris : Masson.

1. Nous renvoyons le lecteur intéressé vers l'ouvrage de Servant (2009), *La relaxation : Nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Paris : Masson.

COTTRAUX, J. (2011). *Psychothérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.

GACHEL, R. J. & TURKS, D. C. (2002). *Psychological approaches to pain management : A practioner's handbook*. New York : Guilford Press.

SERVANT, D. (2009). *La relaxation : Nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Paris : Masson.

Chapitre 4

LES MIGRAINES¹

1. Par Laure Beaumont, Laetitia de Fays, Elise Dermience, Pauline Gobert, Pauline Gueibe, Caroline Poncelet, Nastasia Servais et Ann-Philippe Verhelle.

Expert-relecteur : Stéphanie Miliche, psychothérapeute, chercheur en psychologie de la santé, Université catholique de Louvain.

Sommaire

1.Présentation de la maladie	67
1.1 Éléments épidémiologiques	68
1.2 Physiopathologie de la migraine.....	68
1.3 Les symptômes	69
1.4 Les facteurs déclenchants	70
1.5 Comorbidités médicales	72
1.6 Comorbidités psychologiques.....	73
1.7 Conséquences sur la qualité de vie	75
2.Prise en charge de la maladie	75
2.1 Prise en charge médicale	75
2.2 Prise en charge psychologique	78
3. Conclusion	83

1. Présentation de la maladie

Il est nécessaire de différencier les migraines des céphalées de tension. Contrairement aux céphalées de tension, les migraines sont pulsatiles, unilatérales et aggravées par l'activité physique. La durée d'une crise est de maximum 72 heures¹. Les céphalées de tension, quant à elles, peuvent durer jusqu'à 7 jours, n'occasionnent pas de nausées/vomissements et n'entraînent que rarement photo- et phono-phobie (Gallois, Vallée & Le Noc, 2007).

L'International Headache Society (IHS) a défini les critères que doivent remplir les crises pour être qualifiées de migraines. Le diagnostic est basé sur un interrogatoire précis du patient et repose principalement sur cette classification (tableau 4.1).

Plusieurs types de migraines existent, mais nous n'aborderons que les deux principaux dans ce chapitre : les migraines sans aura (MSA) et les migraines avec aura (MAA). On parle de MAA lorsque celles-ci sont accompagnées de symptômes neurologiques. Ces symptômes, dits « auras », précèdent la crise et durent généralement moins d'une heure. Les auras les plus fréquentes sont les auras ophtalmiques : le sujet perçoit des points scintillants (phosphènes), des filaments flottants (myodésopsie), ou encore des taches noires (scotomes). Il peut aussi être transitoirement aveugle d'un œil ou perdre la moitié du champ visuel de chaque œil. Les auras sensorielles, consistant le plus souvent en des picotements ou des fourmillements, sont fréquentes également. D'autres auras, plus rares, existent aussi et peuvent poser des problèmes diagnostiques : paralysies partielles, vision double, troubles psychiques, hallucinations et troubles du langage. Dans tous les cas, les signes doivent régresser rapidement et sans séquelles. L'examen neurologique est toujours normal entre les crises (sauf en cas de complications rarissimes, voir plus loin).

Tableau 4.1 – Critères diagnostiques des migraines sans aura (MSA)

A	Au moins 5 crises répondant aux critères B à D
B	Durée de 4 à 72 heures sans traitement
C	Au moins deux des caractéristiques suivantes : unilatéralité, pulsatilité, intensité modérée à sévère, aggravation par les activités physiques de routine ;
D	Au moins un des caractères suivants : nausées et/ou vomissements, photophobie et phonophobie ;
E	Examen clinique normal entre les crises

1. Il est toutefois possible de faire plusieurs crises d'affilée, avec quelques heures de rémission entre chaque.

Il est utile de préciser que les migraines peuvent se transformer en céphalées chroniques. Cette évolution peut se faire spontanément ou être induite par un abus d'antalgiques et/ou d'antimigraineux. On parle d'abus médicamenteux quand la prise de médicaments est régulière depuis plus de 3 mois (≥ 15 jours/mois pour les antalgiques non opioïdes – paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdiens – et ≥ 10 jours/mois pour les autres traitements de crise – opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).

1.1 Éléments épidémiologiques

La prévalence de la migraine est d'environ 12 % dans la population générale. Elle varie de 4 à 6 % chez les hommes et de 15 à 25 % chez les femmes, la MSA étant plus fréquente que la MAA. Une enquête réalisée par nos soins (Beaumont *et al.*, 2011, données non publiées) auprès de 36 patients révèle la même tendance (31 femmes pour 5 hommes). L'influence de l'âge est peu marquée chez l'homme alors que chez la femme, la migraine est particulièrement présente entre 15 et 40 ans (Supiot, 2009).

1.2 Physiopathologie de la migraine

Tout un chacun peut un jour présenter une crise migraineuse, mais il ne sera pas diagnostiqué comme migraineux pour autant. C'est ici qu'intervient le concept de seuil d'activation de la migraine. Pour simplifier, lorsque le seuil d'activation d'un sujet est élevé, il ne présentera pas de migraines. À l'inverse, lorsque ce seuil est bas, il souffrira de migraines. Ce seuil varie d'une personne à l'autre, mais également chez une même personne au cours de sa vie. Il est influencé par différents facteurs internes et/ou externes à la personne.

Le mécanisme migraineux est un phénomène complexe dans lequel diverses manifestations physiologiques interviennent. Autrefois, les théories sur la pathogenèse de la migraine ont vu s'affronter deux camps : celui des auteurs qui postulaient une cause vasculaire à la migraine et celui de ceux postulant une cause neuronale. À l'heure actuelle, on sait que ce sont des changements au niveau de certaines régions corticales et de divers noyaux qui entraînent des réactions d'ordre vasculaire. C'est pour cette raison que l'on considère la migraine comme un syndrome neuro-vasculaire impliquant deux phénomènes : une activation anormale du cortex et des nerfs du visage (dont le nerf trijumeau) et une

inflammation des vaisseaux sanguins qui entourent le cerveau. Le lecteur trouvera une description détaillée de la physiopathologie de la migraine dans Silberstein (2004) ou, en français, dans Ollat (2004)¹.

Ce processus neuro-vasculaire est partiellement sous-tendu par des facteurs génétiques. Ainsi, comme le souligne le Dr de Tourtchaninoff (2011, communication personnelle), la génétique joue un rôle, mais celui-ci n'est pas prédominant. Selon Gatt et Belin (2008), une atteinte génétique a été détectée uniquement pour une forme rare, la migraine hémiplégique familiale, mais les recherches concernant les facteurs génétiques en jeu se poursuivent.

1.3 Les symptômes

Blau (cité par Abel, 2009) décrit cinq phases successives des attaques migraineuses :

- 1) Les *prodromes* ou signes avant-coureurs précèdent l'attaque migraineuse de quelques heures ou de quelques jours. Une étude (Kelman, 2004) montre que les symptômes les plus fréquents sont la fatigue, les sautes d'humeur et les symptômes gastro-intestinaux. Ceux-ci sont ressentis par environ un tiers des patients. Les participants à notre enquête (Beaumont *et al.*, 2011) parlent de chute de tension, d'un odorat sensible, de troubles de la vue et de l'élocution, de douleurs dans la nuque, d'hémi-parésie², de pression dans les yeux et de perte d'appétit.
- 2) L'*aura* n'est présente que chez 25 % des patients migraineux (Gallois *et al.*, 2007).
- 3) La *céphalée* dont les critères ont été explicités ci-dessus (IHS, 2004).
- 4) La *résolution* se fait graduellement et est en général aidée par les médicaments et/ou le sommeil.
- 5) Les *postdromes* sont des symptômes qui peuvent persister une fois la douleur dissipée. Généralement, les patients rapportent des symptômes similaires à ceux de la phase prodromique : épuisement et manque de concentration, douleur crânienne, changements d'humeur... Selon Kelman (cité par Abel, 2009), 61 % des patients affir-

1. Pour une explication pédagogique en images, voir <http://www.youtube.com/watch?v=dIGtfAmIR-Q&feature=related>.

2. Perte partielle des capacités motrices d'une moitié du corps (limitation de mouvement, diminution de la force musculaire).

ment passer par cette phase, mais pas nécessairement lors de chaque attaque. Les personnes interrogées rapportent également avoir des problèmes à suivre une discussion, une perte d'efficacité et une perte d'énergie dans les activités motrices.

1.4 Les facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants sont nombreux (voir *infra*) et agissent en interaction les uns avec les autres : la présence d'un déclencheur peut ainsi augmenter la probabilité d'exposition à un ou plusieurs autres facteurs déclenchants et l'effet de ce(s) dernier(s). Par exemple, l'alcool est d'autant plus susceptible de déclencher une crise de migraine lorsqu'il est consommé en période de stress (voir Martin & MacLeod, 2009, pour une revue).

1.4.1 Facteurs hormonaux

Alors que le facteur génétique prédispose un individu aux migraines, le facteur hormonal joue quant à lui un véritable rôle déclenchant. Des observations cliniques permettent en effet de penser que les hormones ovariennes jouent un rôle non négligeable. En outre, les hormones constituent, après le stress, un des facteurs déclenchants le plus fréquemment rapporté (Kelman, 2007).

1.4.2 Facteurs environnementaux

■ Facteurs alimentaires et digestifs

Le rôle de l'alcool et des aliments dans la migraine est incertain et controversé. Bien que l'alcool et l'alimentation soient fréquemment identifiés comme facteurs déclenchants par les migraineux dans de nombreuses études rétrospectives (Deniz, Aygul, Kocak *et al.*, 2004 ; Ierusalimsky & Moreira Filho, 2002 ; Kelman, 2007 ; Rasmussen, 1993) et prospectives (Chabriot, Danchot, Michel *et al.*, 1999), aucune relation significative n'a pu être observée de manière expérimentale entre facteurs alimentaires et migraine (voir Martin & MacLeod, 2009, pour une revue).

En ce qui concerne les aliments en cause (chocolat, oignons, lait, etc.), aucun mécanisme causal n'a été parfaitement élucidé à ce jour et les résultats divergent d'une étude à l'autre. Certains auteurs (Egger, Wilson, Carter, Turner & Soothill, 1983) pointent l'influence de la tyramine ou d'autres amines vasoactives contenues dans certains aliments (comme le fromage, le chocolat ou le vin rouge). D'autres auteurs (Moffett, Swash & Scott, 1972, par exemple) n'ont néanmoins pas trouvé les mêmes résultats. Le Dr de Tourtchaninoff (2011) souligne l'importance de ne

pas mésinterpréter les directions de causalité : « le fait de manger du chocolat peut aussi être la conséquence – et non la cause – de la crise de migraine. Le processus migraineux se met en route, on n’a pas encore le mal de tête mais il y a des choses qui changent au niveau du cerveau et on a une fringale pour le chocolat ».

■ *Excès de stimulations sensorielles*

Un excès de stimulation olfactive (odeurs fortes, parfums), visuelle (lumière vive, éblouissement), ou auditive (bruit) déclenche une crise chez 25 à 47 % des migraineux.

■ *Activité physique*

L’activité physique ne présente pas d’association en tant que telle avec la migraine. Par contre, elle peut précipiter une crise débutante et aggraver une crise déjà présente.

■ *Fatigue*

La fatigue est un facteur déclenchant régulièrement cité par les migraineux.

■ *Changements environnementaux et chronobiologiques*

Ils consistent principalement en :

- 1) Des modifications du rythme de sommeil (dormir trop ou trop peu, modifier ses habitudes de sommeil) ;
- 2) Une insuffisance de l’apport énergétique via l’alimentation (sauter un repas, avoir faim) ou l’oxygène (se retrouver dans une pièce mal aérée) ;
- 3) Une modification du rythme d’activité (arrêt de travail pour cause de vacances ou de week-end) ;
- 4) Des variations météorologiques (changement météorologiques ou temps excessivement chaud ou excessivement froid).

1.4.3 Facteurs émotionnels

■ *L’anxiété-stress*

Le stress joue un triple rôle dans la migraine : il est à la fois un facteur prédisposant, déclenchant et de chronification.

Prédisposant. Les événements stressants, qu’ils soient de nature privée ou professionnelle, peuvent jouer un rôle dans l’apparition de la maladie migraineuse chez des personnes qui y sont génétiquement prédisposées (Sauro & Becker, 2009). Or, plusieurs études montrent que

les migraineux rencontrent plus d'événements de vie stressants que les sujets contrôles. Il est possible qu'ils aient des difficultés à anticiper l'impact émotionnel de certains événements et/ou à organiser leur vie de manière à prévenir l'occurrence de certains stressseurs.

Déclenchant. Le stress est le facteur déclenchant le plus souvent cité (80 %) dans les études rétrospectives et prospectives. Des études expérimentales ont confirmé qu'une induction de stress augmente la probabilité d'apparition de crise chez les patients migraineux. Ceci n'est pas étonnant dans la mesure où le stress, au même titre que les stimuli sensoriels (lumière vive, par exemple) produit des changements chimiques au niveau du cortex cérébral. Il est à noter que la crise peut survenir immédiatement (lorsque le stress est intense) ou survenir durant la période de relaxation qui le suit.

De chronification. Le stress peut amener ainsi amener la maladie à se chronifier : plus le stress est important et chronique, plus les crises seront fréquentes.

Outre son rôle causal dans la migraine, l'anxiété/stress est également une conséquence des migraines. Par ailleurs, l'anxiété/stress peut augmenter la perception de la douleur et, dès lors, exacerber l'anxiété/stress comme facteur déclenchant. Une véritable boucle de rétroaction négative peut se mettre en place.

■ La colère

Les études montrent que les migraineux ressentent plus de colère que les individus contrôles. Par contre, ils expriment verbalement significativement moins de colère et d'hostilité. Ils semblent présenter des particularités dans la gestion de cette émotion : de l'extérieur, la colère semble bien gérée, mais cette tendance à l'hypercontrôle masque une difficulté à en réguler les manifestations internes. Les études suggèrent que la colère augmenterait la probabilité de survenue d'une crise migraineuse dans les 2 semaines qui suivent.

1.5 Comorbidités médicales

Les comorbidités médicales sont nombreuses (troubles cardio-vasculaires, obésité, maladies neurologiques, etc.). Toutefois, c'est l'épilepsie qui est la plus souvent rencontrée. Comme la migraine, c'est un trouble chronique caractérisé par une série d'attaques neurologiques. Ces maladies présentent beaucoup de similitudes (symptômes, comorbidité et traitement). La présence d'une de ces pathologies augmente la probabilité

que l'autre maladie apparaisse (Kossoff & Andermann, 2010). Les résultats observés par Leniger, Isbruch, von den Driessh *et al.* (cité par Bigal, Lipton, Cohen & Silberstein, 2003) indiquent que 23 % des personnes épileptiques risquent de souffrir de migraine. De plus, les migraineux ont une probabilité de 19 % de faire une crise d'épilepsie. Dès lors, le diagnostic et le traitement de la migraine doivent toujours tenir compte de l'épilepsie et inversement.

1.6 Comorbidités psychologiques

Depuis de nombreuses années, les chercheurs remarquent que la migraine est fréquemment associée à des troubles psychologiques dont les principaux sont décrits ci-après.

1.6.1 Troubles de l'humeur

Diverses études indiquent un risque accru de trouble dépressif majeur chez les personnes souffrant de migraines. Une méta-analyse (Antonaci, Nappi, Galli *et al.*, 2011) conclut que la dépression serait près de deux fois plus fréquente chez les sujets avec migraines que chez les personnes qui n'en souffrent pas. Par ailleurs, le risque de tentative de suicide est plus élevé, spécifiquement chez les patients atteints de MAA (Breslau, Davis & Andreski cité par Antonaci *et al.*, 2011). Il semble également exister un lien entre migraine et trouble bipolaire : la prévalence du trouble bipolaire est deux fois plus fréquente chez les patients souffrant de migraines (voir Antonaci *et al.*, 2011 pour une revue).

1.6.2 Troubles anxieux

Ces mêmes auteurs indiquent une augmentation des risques de troubles anxieux chez les sujets migraineux et plus spécifiquement dans le cas de troubles paniques et de phobies.

1.6.3 Abus de substances

Il n'y a pas d'association entre migraine et usage de drogues et d'alcool (Antonaci *et al.*, 2011). Par contre, on observe dans un certain nombre de cas un abus d'antalgiques, lequel peut engendrer des céphalées chroniques et précipiter le patient dans un cercle vicieux. Le traitement antimigraineux pris en excès crée un nouveau mal de tête, qui appelle un nouveau médicament. La boucle est bouclée, et le mal ne dispa-

raît qu'avec le sevrage du médicament responsable. Ce sevrage requiert parfois l'hospitalisation du patient. Il est donc recommandé aux migraineux de ne pas dépasser 2 doses par semaine et 8-10 doses par mois du même médicament de crise. Il existe un consensus auprès des professionnels sur l'importance de prévenir le phénomène de dépendance médicamenteuse.

1.6.4 Mécanismes sous-jacents à la comorbidité

Bien que les comorbidités entre migraines et troubles psychiatriques aient largement été explorées, les mécanismes sous-jacents restent encore peu compris. Les possibilités d'explication relevées dans la littérature sont nombreuses. Lipton et Silberstein (cité par Antonaci *et al.*, 2011) relèvent trois hypothèses principales. Premièrement, les troubles psychologiques seraient la cause du développement des migraines. Ils seraient responsables de diverses expressions des migraines et, dans certaines circonstances, de leur chronification. Deuxièmement, les migraines seraient la cause du développement de troubles psychologiques. Dans ce cas, l'intensité et la durée des épisodes de douleur faciliteraient le développement d'anxiété ou de dépression. Troisièmement, des facteurs étiologiques et déterminants communs expliqueraient la cooccurrence des deux maladies. Dans ce cas, il n'y a pas d'association claire et un substrat commun peut causer les deux (par exemple une activité anormale de neurotransmetteurs ou de récepteurs).

Les recherches menées au regard des deux premières hypothèses pointent un lien bidirectionnel entre les migraines et des troubles psychologiques tels que la dépression, la dysthymie ou encore les troubles paniques. Chaque pathologie représenterait à elle seule un facteur de risque pour l'autre. Les troubles phobiques sont les seuls à prédire de façon unidirectionnelle le déclenchement d'une crise de migraine. Ceci dit, la troisième hypothèse rencontre encore davantage de soutien. Des études se sont intéressées aux bases biologiques qui pourraient être à l'origine des deux phénomènes. Peroutka, Price, Wilhoit et Jones (cité par Antonaci *et al.*, 2011) ont trouvé une association entre un récepteur dopaminergique, les migraines avec aura, la dépression majeure et le trouble anxieux généralisé. D'autres auteurs (Caldecott-Hazard, Morgan, De Leon-Jones, Overstreet & Janowsky cité par Antonaci *et al.*, 2011 ; IHS cité par Antonaci *et al.*, 2011) ont, quant à eux, montré que des récepteurs et transmetteurs de sérotonine et des catécholamines sont impliqués à la fois dans les migraines et dans plusieurs troubles psychologiques. De plus, certains antidépresseurs sont efficaces pour la prévention et le trai-

tement des migraines (Evers cité par Antonaci *et al.*, 2011). Enfin, chez les sujets féminins, les migraines et les troubles de l'humeur apparaissent en périodes de règles et seraient donc sous-tendus pas des variations hormonales communes (Peterlin, Katsnelson & Calhoun cité par Antonaci *et al.*, 2011). L'ensemble des mécanismes neurobiologiques de la comorbidité migraines/troubles psychologiques sont toutefois loin d'être élucidés. La littérature n'a d'ailleurs pas encore mis en évidence de déterminant génétique commun entre troubles psychologiques et migraines.

1.7 Conséquences sur la qualité de vie

La migraine est une maladie invalidante, à laquelle l'excuse classique « pas ce soir chéri, j'ai la migraine » fait beaucoup de tort. Selon Lipton, Hamelsky, Kolodner *et al.* (cité par Freitag, 2007), 53 % à 62 % des personnes souffrant d'une crise ont besoin de rester au lit, 50 à 65 % d'entre elles manquent l'école ou le travail et 85 % des sujets ne peuvent exécuter les tâches quotidiennes. La migraine a aussi un impact sur les relations sociales et familiales. En effet, 50 à 73 % des patients rapportent que le fait d'avoir des migraines augmente les disputes familiales ou a un impact négatif sur la vie de famille. De plus, 32 % des couples dont un des partenaires souffre de migraines évitent de planifier des activités familiales ou sociales (Lipton *et al.*, cités par Freitag, 2007). Ces conséquences se retrouvent dans le vécu professionnel du Dr de Tourtchaninoff (2011) et de la psychologue Wunsch (2011). Toutes deux s'accordent à dire que dans les cas les plus extrêmes, la migraine peut mener jusqu'à l'isolement socioprofessionnel. Les participants de notre enquête (Beaumont *et al.*, 2011) rapportent les mêmes conséquences, mais y ajoutent un sentiment d'exclusion, la perte de certains amis et la difficulté de faire comprendre leur douleur.

2. Prise en charge de la maladie

2.1 Prise en charge médicale

Les migraines sont traitées selon trois axes (de Tourtchaninoff, 2010). Le premier concerne les facteurs déclenchants, le second les traitements de crise et le troisième les traitements de fond. Malheureusement, il n'existe pas de traitement permettant d'éradiquer totalement les migraines (Supiot, 2009). Par ailleurs, certaines personnes devront passer par plusieurs traitements avant de trouver celui qui leur convient.

Le diagnostic des migraines se fait principalement sur base de l'anamnèse. L'examen neurologique est normal en dehors des crises. Le scanner ou l'IRM sont utiles uniquement lorsque le diagnostic de migraines n'est pas certain ou encore lorsqu'il y a présence d'éléments atypiques lors de l'entretien clinique (Gallois *et al.*, 2007). L'électroencéphalogramme (EEG) peut être nécessaire lorsqu'un diagnostic d'épilepsie doit être écarté (de Tourtchaninoff, 2010).

2.1.1 Traitement centré sur les facteurs déclenchants

Comme évoqué précédemment, les facteurs déclenchants sont multiples et propres à chaque individu. Il est donc primordial de les déceler chez chaque patient, par exemple à l'aide d'un journal de bord, afin de pouvoir, dans un second temps, les éradiquer ou les diminuer. Notons cependant que certains auteurs (Marcus, 2003 ; Martin, 2001) préconisent, non pas l'évitement, mais l'exposition progressive aux facteurs déclenchants, de sorte à augmenter la tolérance aux déclencheurs (à l'instar de l'exposition préconisée dans la prise en charge des troubles anxieux).

2.1.2 Traitement de crise

Une fois que la crise a débuté, les médicaments doivent être pris le plus rapidement possible afin d'augmenter leur efficacité (Supiot, 2009), tout en s'assurant qu'il s'agit bien d'une migraine afin d'éviter les abus (Laloux, 2011). Les triptans (Imitrex® et Naramig®, par exemple) sont efficaces même lorsque la crise a déjà débuté (Supiot, 2009). Pour qu'un traitement de crise soit jugé efficace pour un individu donné (tous ne répondent pas aux mêmes molécules), trois critères doivent être réunis :

- 1) deux heures après la prise du traitement, la migraine doit avoir disparu ou son intensité doit avoir diminué de façon significative ;
- 2) le traitement doit être efficace pour au moins deux crises sur trois ;
- 3) aucune nouvelle crise ne doit survenir dans les 24 heures (Laloux, 2011).

Selon Laloux (2011), le traitement de crise doit être testé par paliers. Une personne souffrant de migraines prendra dans un premier temps de simples analgésiques. En cas d'inefficacité, la prise de médicaments spécifiques sera nécessaire. Ceux-ci permettent d'atténuer les migraines dans 50 à 60 % des cas et de les supprimer dans 20 à 30 % des cas. En cas d'inefficacité, on prescrira des triptans, qui soulagent régulièrement 80 % des patients. Le choix du traitement se fait en tenant compte de

certains aspects comme la rapidité d'action, les effets secondaires, les contre-indications ou encore le coût (Laloux, 2011). Les triptans sont efficaces à raison d'une crise sur trois, malgré certains effets secondaires tels que la somnolence, la paresthésie¹ ou encore la sensation d'oppression thoracique (Gallois *et al.*, 2007). En revanche, leur coût est très élevé.

Conjointement aux traitements médicamenteux, certaines techniques peuvent diminuer l'intensité des crises comme l'application de froid sur le crâne, l'évitement des stimuli sensoriels ou encore la prise de caféine (Supiot, 2009). Cette dernière est toutefois une arme à double tranchant car si elle diminue les crises à court terme, elle en augmente la fréquence à long terme.

2.1.3 Traitement de fond

Le traitement prophylactique est suggéré uniquement lorsque le patient souffre de crises particulièrement invalidantes plus d'une fois par semaine. Le traitement doit être pris tous les jours pendant trois mois minimum. De nombreux participants de notre enquête (Beaumont *et al.*, 2011) en bénéficient. Pour qu'un traitement soit considéré comme efficace, il doit diminuer les crises de façon considérable. Le calendrier journalier peut être un bon moyen de constater l'évolution. Après 6 mois de prise de traitement, celui-ci peut être progressivement réduit afin de trouver la dose minimale efficace (Supiot, 2009). Le traitement de fond agit sur le seuil d'activation de la personne afin de le rehausser (de Tourtchaninoff, 2010). Différents types de médicaments de fond ont montré leur efficacité, sans garantie de supériorité. Le choix repose sur les épaules du médecin qui doit prendre en compte les comorbidités, les effets secondaires et les interactions éventuelles avec le traitement de crise (Gallois *et al.*, 2007). Il existe différents types de traitements de fond : les bêtabloquants (ex. Indéral®), les anti-sérotoninergiques (ex. Sandomigran®), les antagonistes calciques (ex. Sibelium®), les antidépresseurs tricycliques (ex. Effexor XR®), les anti-inflammatoires non stéroïdiens et enfin les antiépileptiques (ex. Topamax®) (Supiot, 2009). Chaque type de traitement de fond a des effets secondaires spécifiques. Cependant, plusieurs reviennent fréquemment comme la somnolence, le gain de poids ou encore les nausées (Supiot, 2009). La plupart des participants de notre enquête (Beaumont *et al.*, 2011) précisent avoir dû changer de traitement à la suite des nombreux effets secondaires et à l'augmentation du seuil de tolérance.

1. Trouble de la sensibilité tactile : picotements, fourmillements, engourdissement.

2.2 Prise en charge psychologique

Il existe plusieurs types de thérapies ayant pour objectif de prévenir la migraine et de soulager ses effets. L'US Headache Consortium recommande les options de traitements suivantes : entraînement à la relaxation, biofeedback (BF) thermal associé à la relaxation, BF électromyographique et thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Il précise qu'une amélioration clinique supplémentaire peut être atteinte par l'association d'un traitement médicamenteux et de la TCC (Campbell, Penzien, Wall *et al.*, 2000).

2.2.1 Les thérapies efficaces

Plusieurs auteurs (Campbell *et al.*, 2000 ; Rains, Penzien, McCrory & Gray, 2005) se sont attelés à comparer l'efficacité des différentes formes de thérapies proposées dans la prise en charge des migraines. À l'issue de ces études, trois traitements se sont avérés plus efficaces que les autres : la relaxation, le biofeedback et la thérapie cognitivo-comportementale.

■ La relaxation

La relaxation va permettre aux individus de réduire l'état de stress et donner au patient un sentiment de maîtrise de l'occurrence des crises et de leur sévérité. Il existe trois techniques de relaxation principalement utilisées dans le traitement des migraines : la relaxation progressive (par exemple, la technique de Jacobson¹), la relaxation autogénique (training autogène de Schultz², par exemple) et la méditation. Il a été démontré qu'il n'y a pas de différence significative en termes d'efficacité selon qu'un patient utilise l'une ou l'autre de ces trois techniques de relaxation. En moyenne, elles aboutissent à une diminution de 32 % à 41 % de la fréquence des migraines (Campbell *et al.*, 2000).

■ Le biofeedback

Le biofeedback (BF) a pour objectif d'apprendre au patient à mieux contrôler son niveau d'activation et son stress. Ceci se fait par le biais d'appareillages électrophysiologiques qui mesurent, amplifient et présentent de manière compréhensible les signaux physiologiques au patient (Grazzi & Andrasik, 2010). Le BF peut concerner plusieurs modalités (Buse & Andrasik, 2009 ; Grazzi & Andrasik, 2010 ; Nestoriuc, Rief &

1. Les protocoles peuvent être retrouvés sur internet.

2. Les protocoles peuvent également être retrouvés sur internet.

Martin, 2008a ; Nestoriuc, Martin, Rief & Andrasik, 2008b), mais les plus fréquemment utilisées sont le BF thermique et le BF électromyographique (Grazzi & Andrasik, 2010). Le patient peut ainsi visualiser à l'écran les variations de sa température corporelle ou de sa tension musculaire. Il peut ensuite apprendre à moduler, en voyant directement l'efficacité de ses apprentissages sur ses signaux physiologiques.

■ La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale vise à modifier les émotions du patient en travaillant sur ses pensées, son interprétation des événements et ses croyances, ainsi que sur l'ensemble des réponses comportementales aux événements (Rains *et al.*, 2005). En aidant les patients à gérer plus efficacement leur stress et leurs émotions, la TCC peut limiter la fréquence des crises et leur effet sur le moral des patients. L'efficacité à court terme de la TCC a été vérifiée chez les adultes migraineux (Adams, Feuerstein & Fowler, 1980 ; Blanchard & Andrasik, 1982). Une étude longitudinale effectuée par Blanchard (1987) donne un aperçu prometteur de ce qu'il advient à plus long terme. Après quatre ans de thérapie, les sujets présentent une diminution de la fréquence des migraines de 56 %.

Certains auteurs ont montré que la combinaison de plusieurs de ces interventions (telles que la relaxation associée au BF) présentait une efficacité aussi grande que leur application individuelle (Campbell *et al.*, 2000 ; Nestoriuc *et al.*, 2008a ; Rains *et al.*, 2005). Néanmoins, plusieurs auteurs préconisent la création d'une thérapie intégrant ces trois approches (Blanchard, Appelbaum, Radnitz *et al.*, 1990, cité par Martin, Forsyth & Reece, 2007) en postulant que l'intégration de différentes techniques permettrait d'augmenter la compliance au traitement en augmentant le *person-activity fit* (c'est-à-dire, la probabilité que la méthode soit appréciée par le patient). Nous n'avons pas trouvé d'étude qui teste empiriquement ces suggestions, mais nous allons néanmoins les suivre et proposer dans ce chapitre une prise en charge intégrative, en posant l'hypothèse de son efficacité. Une telle approche nous semble judicieuse puisqu'elle permettrait de viser une population plus large. En effet, elle offrirait au thérapeute et au patient une palette d'outils sur laquelle se fonder en fonction des caractéristiques individuelles du patient et des objectifs thérapeutiques établis.

Selon Campbell *et al.* (2000), la clé pour optimiser une approche thérapeutique intégrant plusieurs types de traitements est de prêter une attention particulière à la communication entre le patient et le thérapeute. Cela nécessite l'identification de toutes les modalités de traitements et

la définition d'un plan d'intervention coordonné, connu et accepté par toutes les parties (le patient, le neurologue, le psychologue, etc.).

2.2.2 Plan de prise en charge

■ *Le cadre*

Comme dans toute thérapie, une thérapie entreprise avec un patient confronté aux migraines se doit d'être « collaborative » (Lipchik, Smitherman, Penzien & Holroyd, 2006). Chaque personne ayant une approche personnelle de la maladie, le thérapeute se doit de partir du savoir du patient, qu'il complète par des explications sur la maladie. Le patient doit pouvoir faire un choix éclairé quant à la fréquence des entretiens et au travail qu'il est prêt à réaliser hors séance. Les objectifs du traitement sont à établir en fonction de ces paramètres. Fixer des objectifs progressifs et réalistes aidera à prévenir les attentes irréalistes du patient et, dès lors, la déception qui peut en découler.

■ *Objectifs de la prise en charge intégrée*

Cinq grands objectifs seront visés :

- 1) apprendre à gérer ses émotions et son stress afin de prévenir les migraines ;
- 2) augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de soi ;
- 3) apprendre à gérer sa vie de manière à diminuer les facteurs déclenchants ;
- 4) augmenter le sentiment de contrôle perçu sur les migraines ;
- 5) diminuer l'impact émotionnel des migraines (en termes de désespoir par exemple).

■ *Les techniques*

Apprentissage de la relaxation. Holroyd et Penzien (1994) conseillent de débiter la prise en charge par des séances de relaxation. Le stress étant à la fois un déclencheur et un facteur de maintien des migraines (Penzien, Andrasik, Freidenberg *et al.*, 2005), le patient doit apprendre à diminuer son état de stress avant de travailler sur d'autres aspects. De plus, cette technique nécessite un entraînement régulier à domicile, d'où l'intérêt de l'aborder en début de thérapie. Concrètement, le praticien va demander au patient de relâcher l'entièreté de son corps, notamment grâce à la contraction-décontraction (relaxation progressive), à l'imagerie, à la relaxation autogénique ou à la méditation (Buse

& Andrasik, 2009). Le patient devra pratiquer la technique de manière à être capable de les appliquer avec succès dans les situations stressantes.

Évaluation des apprentissages par le biofeedback. Le BF thermique implique la surveillance de la température du doigt avec un thermomètre sensitif (Buse & Andrasik, 2009). En effet, lorsque l'activité sympathique (la tension émotionnelle, par exemple) augmente, la circulation aux extrémités et la température des doigts diminuent. Inversement, lorsque l'activité parasympathique augmente (état de relaxation), la circulation et la température aux extrémités augmentent. Le sujet visualise sa température sur l'écran et doit apprendre à élever la température au niveau des doigts. Il peut s'aider pour ce faire des techniques de relaxation vues précédemment, ou des techniques cognitives que nous aborderons plus loin.

Le BF électromyographique fonctionne sur le même principe que le BF thermique : il fournit au patient une indication de sa tension musculaire et le patient doit ici apprendre à contrôler ses muscles lorsqu'ils sont contractés en réaction à un stress ou à une migraine (Grazzi & Andrasik, 2010).

Il existe également des appareils de BF cardiaque, toujours basés sur le même principe. Les appareils de BF sont utiles parce qu'ils augmentent la conscience de l'individu de son état de tension *et* du fait qu'il est possible de modifier ses réponses émotionnelles. Il renforce par là même son sentiment d'efficacité personnelle à le faire. Ces outils sont particulièrement utiles avec les personnes alexithymiques, qui ont des difficultés à identifier leurs émotions. Leur prix s'élève à environ 4 000 € à l'heure où nous écrivons.

Techniques cognitivo-comportementales pour modifier le comportement. Finalement, le thérapeute peut s'appuyer sur différentes techniques issues de la TCC pour agir sur les cognitions, les émotions et les comportements du patient (Lipchik *et al.*, 2006).

- 1) L'auto-observation se pratique au moyen d'un agenda de migraine, qui vise à évaluer la fréquence et l'intensité des crises, leurs éléments déclencheurs, les pensées et émotions qu'elles génèrent, ainsi que les comportements que le patient met en place en réponse à la migraine. Cette approche permet au patient d'avoir une meilleure conscience de lui-même, de modifier son hygiène de vie et d'obtenir un feedback régulier sur les améliorations observées. Elle permet aussi de mettre en évidence les pensées et/ou comportements dysfonctionnels.
- 2) La résolution de problème vise à aider le patient à identifier les difficultés qu'il rencontre dans la gestion de sa maladie et lui fournir

des techniques permettant de les gérer. Parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés, on note :

- des difficultés à gérer les facteurs déclenchants (limiter la consommation d'alcool, adopter des horaires de sommeil réguliers, manger à l'heure, etc.) ;
 - des difficultés à organiser sa vie sociale, familiale et professionnelle de manière à limiter le stress et la fatigue ;
 - des difficultés à gérer les nuisances conjugales et familiales engendrées par la migraine. Le thérapeute aidera ici le patient à générer de nouvelles solutions, plus adaptées, à ses problèmes. Il pourra par exemple apprendre au patient à s'affirmer et à communiquer de manière plus efficace ses besoins à ses proches et à gérer de manière plus constructive leurs déceptions lorsque la migraine entrave la vie familiale.
- 3) La restructuration cognitive vise à modifier les pensées génératrices de stress ou les distorsions cognitives (catastrophisation, surgénéralisation, rejet du positif) et à identifier les croyances inadéquates. Cette technique est développée plus en détail au chapitre 1 sur la gestion du stress.
- 4) Les techniques d'acceptation permettent au sujet d'apprendre à accepter les événements désagréables sur lesquels il n'a pas de prise, de même que les migraines. Elles sont présentées au chapitre 3 sur la lombalgie chronique.
- 5) La mise en place d'un plan d'action amène le patient à adopter un rôle actif dans la gestion de ses migraines. Concrètement, il lui est demandé d'effectuer des tâches à domicile afin de mettre en place les différentes compétences apprises en séance (relaxation, restructuration cognitive, problème/solution, exposition/évitement des facteurs déclenchants), des modifications de mode de vie ou des changements comportementaux. Les tâches doivent être spécifiques, de courte durée et faciles à effectuer afin de stimuler le sentiment d'efficacité du patient. Un feedback est également nécessaire pour les évaluer et les ajuster.

■ *Le milieu de vie du patient*

Selon Martin et Macleod (2009), le thérapeute doit adapter sa prise en charge en fonction des facteurs déclenchants identifiés par le patient et de son style de vie. D'une part, il peut proposer au patient de se confronter aux facteurs déclenchants qui font partie de sa vie de manière à les apprivoiser (par exemple, la peur de parler en public lorsque le patient exerce un métier qui le requiert). D'autre part, il peut lui conseiller d'éviter

certains facteurs lorsque leur évitement ne pose pas de problème majeur (boîtes de nuit, parfumeries).

■ **Écueils à éviter**

Un thérapeute désirant aider un patient migraineux doit tenir compte de plusieurs éléments susceptibles d'altérer l'efficacité de la thérapie.

La durée de la thérapie. De nombreux auteurs (Buse & Andrasik, 2009 ; Comeche, Vallejo & Diaz, 2001 ; Holroyd & Penzien, 1994 ; Nestoriuc *et al.*, 2008b) conseillent entre 10 et 15 séances pour une thérapie (+/- une heure par séance). Reich et Gottesman (cités par Holroyd & Penzien, 1994) indiquent néanmoins que certains patients ne répondent à la thérapie qu'après plus de 15 séances. En outre, selon une étude de Gunreben-Stempfle, Griebinger, Lang *et al.* (2009), un programme thérapeutique de 96 heures donne de meilleurs résultats qu'un programme de 20 heures. En raison du coût élevé qu'engendraient autant d'heures de thérapie, certains auteurs (Buse & Andrasik, 2009 ; Holroyd & Penzien, 1994) recommandent donc de combiner la thérapie avec un entraînement à domicile.

Le niveau d'éducation. Selon Comeche *et al.* (2001), des patients ayant un faible niveau d'éducation répondraient mieux à un traitement de type BF. Une autre étude (Holroyd & Penzien, 1994) déconseille la pratique à domicile pour les personnes dont le niveau de compréhension à la lecture est insuffisant, car le patient doit pouvoir utiliser le matériel (guide, journal, etc.) pour mener à bien le traitement.

La sévérité de la maladie. Selon Nestoriuc *et al.* (2008a), plus les maux de tête sont anciens, plus un traitement est efficace. D'après Hart (1982), les patients rapportant moins de maux de tête seraient plus susceptibles d'abandonner une thérapie. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la sévérité de la maladie va influencer la motivation du patient, qui elle-même va influencer l'efficacité du traitement.

3. Conclusion

La migraine est un mal dont souffre 12 % de la population. Les crises migraineuses sont déclenchées par divers facteurs (changements du rythme de vie, facteurs alimentaires, hormonaux, émotionnels, par exemple) et ont des répercussions psychosociales importantes sur les individus concernés. Divers traitements médicamenteux existent à l'heure

actuelle. Bien qu'efficaces, ces derniers peinent toutefois à éradiquer les crises. En outre, il est nécessaire d'être prudent face à l'abus d'antalgiques. En effet, certains patients tombent dans la dépendance médicamenteuse (migraine résistante à abus de médicaments à migraine de rebond à médicaments, etc.) et nécessitent alors un sevrage en bonne et due forme. Une approche psychologique semble donc souhaitable pour aider le patient migraineux à contrôler les facteurs déclenchants, réduire l'occurrence des migraines, réduire l'impact émotionnel de celles-ci et éviter l'abus médicamenteux. La thérapie cognitivo-comportementale, la relaxation et le biofeedback sont les interventions qui présentent les meilleurs résultats. Dans ce chapitre, nous avons proposé une thérapie qui intègre ces trois approches. Celle-ci vise à :

- 1) apprendre au patient à gérer ses émotions et son stress afin de prévenir les migraines ;
- 2) augmenter son sentiment d'efficacité personnelle à s'autogérer ;
- 3) apprendre à gérer sa vie de manière à diminuer les facteurs déclenchants ;
- 4) augmenter son sentiment de contrôle sur ses migraines ;
- 5) diminuer l'impact émotionnel de celles-ci (en termes d'angoisse ou de découragement par exemple) lorsqu'elles surviennent.

Pour aller plus loin



CAMPBELL, J., PENZIEN, D., WALL, E., FREITGAG, F., FRISHBERG, B., GILBERT, T., MATCHAR, D., MCCRORY, D., PIETRZAK, M., RAMADAN, N., ROSENBERG, J., ROZEN, T., SILBERSTEIN, S. & YOUNG, W. (2000). *Evidence-based Guidelines for Migraine Headache : Behavioral and Physical Treatments*. Minneapolis : American Academy of Neurology. En ligne <http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf>

DESSEILLES, M. & MIKOLAJCZAK, M. (2013). *Mieux vivre avec ses émotions*. Paris : Odile Jacob

PRALADIER, A. (2004). *La migraine*. Paris : Odile Jacob.

LE CANCER DU SEIN¹

1. Par Éléonore de Brouhoven de Bergeyck, Claire Detollenaere, Barbara Dufrane, Florine Mouillard, Justine Rahier et Caroline Stasse.

Expert-relecteur : Pr Cécile Flahaut, psychothérapeute et professeur de psychologie clinique et de la santé à l'Université Paris-Descartes (France).

Les auteurs remercient Delphine Canivet, psycho-oncologue à l'hôpital Erasme, ainsi que Estelle Coclet, psycho-oncologue à la Women's Clinic, de leur témoignage et de l'aide qu'elles nous ont ainsi apportée dans la rédaction de ce chapitre.

Un merci tout particulier également à ces deux belles personnes qui nous ont accueillies et ouvert leur cœur en témoignant sur leur expérience de la maladie.

Sommaire

1.Présentation de la maladie	87
1.1 Épidémiologie	87
1.2. Définition	87
1.3 Symptomatologie.....	87
1.4 Modifications du style de vie consécutives à la maladie	88
2.Comorbidités psychologiques	88
2.1 Les mécanismes de défense	88
2.2 Difficultés psychologiques	89
2.3 Les besoins psychosociaux des malades	92
2.4 Les besoins des proches.....	93
3.Prise en charge.....	94
3.1 Prise en charge médicale	94
3.2 Prise en charge psychologique	95
4.Conclusion.....	101

1. Présentation de la maladie

1.1 Épidémiologie

En Belgique, on compte 9.400 nouveaux cas de cancer du sein et 2 280 décès par an (Registre national du cancer, RNC, 2008). Il est actuellement la première cause des décès féminins par cancer ainsi que la première cause de mortalité des femmes de 35 à 64 ans. Un cancer féminin sur quatre est un cancer du sein et environ une femme sur dix risque d'en présenter un au cours de sa vie (Bohler, 2011). Notons que les personnes souffrant de cancer du sein sont à 99 % des femmes (RNC, 2008).

1.2 Définition

Physiologiquement, il existe au sein de notre organisme un équilibre entre les cellules qui meurent et celles qui naissent. Le cancer est un trouble dans cette homéostasie caractérisé par la prolifération anormale et anarchique d'une cellule, sans que des mécanismes de contrôle interne ne la détectent et/ou ne la détruisent. Il en résulte une tumeur (augmentation du volume d'un tissu) qui croît au fur et à mesure que les cellules prolifèrent. Le cancer *in situ* se développe uniquement dans le sein, contrairement au cancer dit *infiltrant*, où les cellules cancéreuses quittent le sein pour aller envahir d'autres tissus par voies sanguines ou lymphatiques et contribuent à la formation de métastases (Nogaret, 2010).

Les causes d'apparition du cancer du sein ne sont pas clairement définies. En effet, il semble que cette pathologie soit multifactorielle. Il existe de nombreux facteurs de risques (biologiques, environnementaux et psychologiques) prédisposant au cancer du sein (Mignotte, 2011).

1.3 Symptomatologie

Certains signes peuvent être révélateurs d'une anomalie et nécessitent ainsi une attention et une prise en charge toute particulière (Denys & Stragier, 2009, p. 26) :

- « palpation d'une masse ou d'une zone indurée non présente antérieurement ;
- rétraction cutanée (fossette) spontanée ou provoquée lors du mouvement des bras, rétraction mamelonnaire ;
- changement global de l'aspect du sein ou de son volume ;

- écoulement mamelonnaire, surtout s'il est sanglant ;
- anomalie cutanée du mamelon ou de l'aréole se présentant sous forme d'un eczéma ;
- rougeur (érythème) de la peau ou aspect de celle-ci en peau d'orange ;
- apparition d'une douleur (phénomène rare en cas de cancer). »

1.4 Modifications du style de vie consécutives à la maladie

La maladie ainsi que ses traitements influencent le fonctionnement et le bien-être du malade, de sorte qu'une fois le diagnostic établi, c'est tout le fonctionnement physique et psychique du patient qui est bouleversé. Même si les différents traitements proposés aux patients cancéreux visent à augmenter les chances de survie, ils entravent souvent la qualité de vie.

Selon Razavi et Delvaux (2008), le cancer du sein conduit à une altération de la qualité de vie dans les trois dimensions existentielles : physique, psychologique et sociale. Les difficultés physiques sont liées aux conséquences des traitements (par exemple, de la chimiothérapie) et incluent des nausées, de la douleur et de la fatigue qui compromettent la poursuite normale des activités quotidiennes. Les difficultés psychologiques (voir point 2 ci-dessous) apparaissent aux différents stades de la maladie. Pour finir, la maladie modifie les rapports sociaux et induit une redistribution des rôles au sein de la famille, qui est parfois mal vécue.

2. Comorbidités psychologiques

2.1 Les mécanismes de défense

Face aux différentes phases de la maladie, des mécanismes de défense vont être mobilisés en fonction de la personnalité du patient et des difficultés rencontrées. Ceux-ci peuvent protéger le psychisme de l'individu mais peuvent devenir pathologiques s'ils posent problème dans la poursuite des activités quotidiennes (Phaneuf, 2005).

Bien qu'il existe différents mécanismes de défense, le déni semble être le mécanisme le plus souvent rencontré chez les malades après l'annonce du diagnostic. Mécanisme inconscient, il se manifeste par le refus de la maladie par le patient. Outre le déni (qui implique la négation pure et simple de la maladie), on observe parfois un phénomène d'évitement qui

s'en distingue par le fait que le patient reconnaît la réalité de la maladie mais cherche à éviter tout ce qui y est lié (informations, implications, traitement...). À court terme, le déni et l'évitement permettent de diminuer l'anxiété. Mais ils peuvent engendrer une dépression ou encore une détresse émotionnelle sur le long terme (Razavi & Delvaux, 2002).

D'autres mécanismes de défense tels que la dissociation, l'engourdissement émotionnel, l'absorption dans l'imaginaire, la déréalisation, la dépersonnalisation, l'amnésie, la fragmentation, la distorsion cognitive, le clivage, l'intellectualisation, la rationalisation, l'isolement, le refoulement, le déplacement, l'humour, l'anticipation et la suppression, existent.

Sur le terrain, il faut repérer ces mécanismes de défense au plus vite. S'ils n'entravent ni la compliance au traitement ni les relations avec les soignants et les proches, ils doivent être envisagés comme « non problématiques ». Dans le cas où la défense psychique est trop importante et engendre des problèmes de compliance au traitement et/ou des difficultés psychiques ou relationnelles, un travail sur les mécanismes doit se faire, même s'il est peu aisé. Le temps imparti de l'hospitalisation permet au psychologue de « métacommuniquer » sur le mécanisme en place (Canivet, 2011, communication personnelle).

2.2 Difficultés psychologiques

2.2.1 Les troubles de l'adaptation

Afin de pouvoir surmonter l'épreuve du cancer, le patient va mettre en place des stratégies d'adaptation en fonction de ses ressources. Cependant, il se peut que celles-ci ne soient pas suffisantes. Dès lors, des troubles de l'adaptation peuvent apparaître tels que de la détresse émotionnelle, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ainsi que des troubles sexuels.

Les troubles de l'adaptation occupent une place intermédiaire sur le continuum entre le normal et le pathologique. Le DSM-IV donne la définition d'« une réaction inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci, et qui ne persiste pas plus de six mois » (American Psychiatric Association, APA, 1987 citée par Razavi & Delvaux, 2008, p. 129). Une réaction est dite inadaptée lorsqu'elle se traduit par une altération du fonctionnement social et professionnel ainsi que par des symptômes exagérés en comparaison aux réactions normalement observées dans ce genre de situation. Les troubles de l'adaptation sont fréquents dans les pathologies

cancéreuses car elles nécessitent un effort continu de la part du patient. Par conséquent, il n'est pas rare d'observer une déstabilisation épisodique de l'adaptation (Razavi & Delvaux, 2008).

Canivet (2011, communication personnelle) précise trois niveaux d'adaptation :

- 1) l'effort d'adaptation, qui consiste en une absence de symptomatologie dépressive et/ou anxieuse ;
- 2) les difficultés d'adaptation, qui consistent en une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse d'intensité limitée ;
- 3) le trouble d'adaptation, qui comprend les symptômes dépressifs et/ou anxieux.

2.2.2 La détresse émotionnelle

« La détresse est une expérience multifactorielle désagréable de nature psychosociale (cognitive, comportementale, émotionnelle ou spirituelle) qui peut interférer avec la capacité d'affronter un cancer, ses symptômes physiques et ses traitements » (Thibodeau, 2011, p. 10). Elle se manifeste tant par des peurs, que par des préoccupations, des soucis, de la tristesse, etc.

La détresse psychologique est influencée par des facteurs médicaux (le stade de la maladie, le traitement, la présence d'un handicap fonctionnel, des douleurs), individuels (la personnalité, les antécédents psychologiques), psychosociaux (la qualité de la communication, le support social et l'aide reçue) et sociodémographiques (l'âge, le sexe, la précarité) (Dauchy & Rouby, 2007).

2.2.3 Les troubles anxieux

■ L'anxiété

L'anxiété, très présente chez les patients souffrant d'un cancer du sein, se manifeste tant au moment du dépistage, que du diagnostic et de l'intervention thérapeutique (Aimont, 1998 cité par Liebens & Aimont, 2001). Aimont a trouvé que 49 % des patients montrent de l'anxiété au moment de l'hospitalisation pour un traitement chirurgical, 52 % ont une angoisse de mort et 71 % ont peur de la mutilation. Cette anxiété est exacerbée par le manque de communication de la part des professionnels de la santé (Friedman, 1994 cité par Liebens & Aimont, 2001).

■ Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT¹)

Les différents épisodes de la maladie peuvent être des événements traumatisants pour certains patients, tant ils sont forts sur le plan physique et émotionnel. Les symptômes du SSPT apparaissent généralement dans les trois premiers mois suivant le traumatisme (APA, 1996 cité par Dauchy & Rouby, 2007). Les principaux symptômes sont l'intrusion, l'évitement des lieux et des personnes rappelant l'événement, l'irritabilité, la peur et l'incapacité de dormir (Dauchy & Rouby, 2007). Il est important de détecter précocement le SSPT car celui-ci peut influencer la compliance au traitement. Notons que, sans aller jusqu'à constituer un SSPT, le simple souvenir des moments difficiles (les traitements, par exemple) peut parfois engendrer des difficultés de compliance.

2.2.4 Un trouble de l'humeur : la dépression

L'annonce de la maladie est souvent suivie de pleurs et de détresse. Cependant, tous les patients ne feront pas une dépression. Les individus ne sont pas égaux face à l'épreuve d'un cancer du sein, tout dépend de leurs ressources (individuelles et sociales). Selon Liebens et Aimont (2001), le choc de l'annonce serait en partie responsable de l'apparition des symptômes dépressifs du fait qu'elle renvoie la personne à l'idée de la mort.

Étant donné que la dépression cause non seulement de la détresse, mais également une mauvaise compliance aux traitements, il est important que le clinicien identifie les facteurs de risque (antécédents, support social, croyances irrationnelles) afin de prévenir un éventuel épisode dépressif (Liebens & Aimont, 2001).

2.2.5 Altération du concept de soi, de l'image du corps et de la sexualité

Souvent, le cancer du sein modifie profondément le concept de soi des malades. Selon Charmaz (1999), la maladie menace une part entière de l'identité des patientes. Les modifications sur le sein, garant symbolique de l'identité féminine, de la fonction maternelle et de la sexualité, entraînent un changement sur l'image du corps. Malgré les chirurgies réparatrices proposées, les patientes doivent se réapproprier leur corps et travailler à la reconstruction de leur identité.

Des auteurs ont découvert l'existence d'un lien étroit entre l'image corporelle des patientes cancéreuses et leur sexualité (Ganz *et al.*, 2004 ;

1. PTSD en anglais (*Post-Traumatic Stress Disorder*).

Yurek *et al.*, 2000 cités par Fobair, Stewart, Chang *et al.*, 2006). Une perturbation de l'image du corps et/ou de l'image de soi engendre souvent une perte de désir, un trouble de l'excitation, voire même des douleurs durant les rapports (Panjari, Bell & Davis, 2011).

2.3 Les besoins psychosociaux des malades

Il semblerait que les problèmes psychologiques surviennent lorsqu'un ou plusieurs besoins sont gravement menacés. Il importe donc de prêter une attention particulière aux besoins psychosociaux des malades (McIllMurray, Thomas, Francis *et al.*, 2001). Notons que les besoins psychosociaux peuvent concerner les patients mais également leurs proches.

2.3.1. Le besoin d'informations

Il apparaît que 83 % des patients devant subir des traitements anti-cancer aimeraient se procurer le plus d'informations possible concernant les effets secondaires, leurs impacts sur la vie quotidienne (Beatty, Oxlad, Koczwara & Wade, 2008 ; Lobb *et al.*, 2001 cités par Schmid-Büchi, Halfens, Dassen & Van den Borne, 2008) et les chances de rémission. Ils souhaiteraient aussi être informés sur les démarches à entreprendre afin d'améliorer leur qualité de vie et celle de leurs proches, mais aussi sur le risque possible d'un cancer du sein dans l'entourage (Raupach & Hiller, 2002 cités par Schmid-Büchi *et al.*, 2008).

2.3.2 Le besoin de participation

53 % des patients souhaitent participer et collaborer activement à la décision thérapeutique alors que d'autres préfèrent laisser ce choix au médecin (23 %). D'autres encore souhaitent être seuls à décider de s'engager dans un traitement ou non (23 %) (Lobb *et al.*, 2001 cités par Schmid-Büchi *et al.*, 2008). Il importe donc de s'ajuster au mieux au besoin précis du patient.

2.3.3 Le besoin de renouer avec l'image du corps

Les traitements agressifs peuvent avoir des conséquences importantes sur le corps (par exemple, cicatrices, ablation d'un sein, perte de cheveux) et influencer sur l'image de soi et le sentiment d'être désirable. Les femmes touchées par ce cancer se sentent, pour la plupart, peu attirantes et toute leur féminité s'en trouve bouleversée (Beatty *et al.*, 2008). Dans la mesure

où l'estime de soi est une condition essentielle au bien-être, il est très important de prêter attention à ce besoin. C'est la raison pour laquelle de plus en plus de services d'oncologie intègrent à présent les services d'une esthéticienne.

2.3.4 Le besoin de se sentir soutenu socialement

Les personnes ressentent le besoin d'être soutenues tant par la famille et les amis que par l'équipe médicale (Beatty *et al.*, 2008). Elles ont besoin de la présence des autres, tout en se préoccupant de la manière dont leur entourage les perçoit (McIllMurray *et al.*, 2001). Les femmes atteintes d'un cancer du sein expriment le besoin d'être vues comme une personne à part entière et non comme une cancéreuse ou comme une survivante.

2.3.5 Le besoin d'être aidé dans la vie quotidienne

La maladie occasionnant une fatigue importante, les patients expriment le besoin d'être aidés dans les activités de la vie quotidienne (Beatty *et al.*, 2008). Afin de ne pas affecter l'estime de soi, cette aide doit être donnée le plus naturellement et le plus discrètement possible.

2.3.6 Les besoins émotionnels

Les émotions vont être fortement sollicitées au travers des différentes étapes de la maladie. Les patients ressentent le besoin d'avoir un meilleur contrôle sur leur ressenti, de voir les choses d'une manière plus positive et de les maintenir telles quelles dans la mesure du possible (Beatty *et al.*, 2008). Ils semblent avoir également besoin d'exprimer leurs émotions, de se sentir écoutés, compris, rassurés afin de vivre au mieux cette étape difficile (Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec, REPOP, 2005).

2.3.7 Le besoin spirituel

Certains patients ont besoin de se rattacher à la religion afin de donner sens à la maladie et/ou d'en traverser plus facilement les différentes étapes. Ceci leur permet de trouver un certain apaisement, une sérénité mais aussi de surmonter les difficultés physiques et psychiques occasionnées par la maladie (REPOP, 2005).

2.4 Les besoins des proches

Les différentes étapes de la maladie constituent des moments de crises pour la famille et induisent ainsi un stress émotionnel intense chez chacun de ses membres (anxiété, culpabilité, menace sur les liens

d'attachement, etc.). En fonction de la place occupée par le malade, la famille est ainsi susceptible de devoir changer sa structure de pouvoir, ses rôles, ses règles et son fonctionnement quotidien pour s'adapter au stress engendré par la maladie (Razavi & Delvaux, 2002). Dès lors, des besoins autres que ceux du patient apparaissent.

2.4.1 Le besoin d'être informé

La famille ressent le plus souvent un besoin d'information complète, claire et cohérente, afin de se sentir « co-acteur » des prises de décision. Cela permet en outre d'accroître la cohésion entre les membres du système familial et de faciliter l'adaptation de chacun d'eux (Razavi & Delvaux, 2002).

2.4.2 Le besoin émotionnel

Bien qu'ils soient dépassés par leurs émotions, les conjoints vont souvent faire abstraction de celles-ci et de leurs besoins afin de répondre au mieux à ceux de leurs épouses (Hilton, Crawford & Tarko, 2000). Afin de préserver les enfants, ils vont également tenter de maintenir une vie « normale » en gardant l'esprit positif de la famille. Permettre au conjoint et aux enfants d'exprimer leurs besoins, leurs sentiments et leurs pensées peut soulager la famille et, par là même, favoriser indirectement l'adaptation du patient (Razavi & Delvaux, 2002, p. 244).

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

3.1.1 La chirurgie

Si la tumeur est unifocale et n'excède pas trois centimètres, elle fera l'objet d'une chirurgie conservatrice du sein (quadrantectomie, mastectomie partielle, tumorectomie). Ce type de chirurgie se caractérise par l'exérèse de la masse tumorale tout en gardant la forme du sein pratiquement intacte. Une tumeur agressive et invasive fera, quant à elle, l'objet d'une mastectomie radicale (ablation totale du sein) (Ferrandez & Serin, 2006).

3.1.2 La radiothérapie

La radiothérapie est un traitement ciblé sur le sein qui consiste à utiliser des rayonnements ionisants afin de perturber la multiplication des cellules et de les détruire (Denys & Stragier, 2009).

La radiothérapie peut être utilisée seule afin de réduire la taille de la tumeur ou en association avec d'autres types de traitements. La radiothérapie est plus généralement utilisée en complément d'une chirurgie conservatrice en vue de réduire les risques de récidives locales et de détruire les îlots tumoraux qui pourraient subsister (Ferrandez & Serin, 2006).

3.1.3 L'hormonothérapie

Le cancer du sein peut être considéré dans deux tiers des cas comme un cancer « hormonosensible ». Il existe sur les cellules des récepteurs hormonaux qui induisent la prolifération de cellules cancéreuses. L'hormonothérapie visera à bloquer ces récepteurs (Denys & Stragier, 2009).

3.1.4 La chimiothérapie

Ce type de traitement consiste à administrer des médicaments permettant de freiner, voire de détruire les cellules cancéreuses, afin de les empêcher de proliférer au sein de l'organisme. Elle peut être adjuvante (Denys & Stragier, 2009) ou néo-adjuvante afin de réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie.

3.2 Prise en charge psychologique

Les conséquences psychologiques et sociales du cancer du sein nécessitent le développement d'interventions psychologiques et psychothérapeutiques spécifiques. Dans le domaine du cancer, leurs objectifs principaux sont d'aider les malades à préserver leur intégrité psychique et physique mais, également, d'aider l'ensemble des personnes concernées (le patient, sa famille et les soignants) à faire face le mieux possible au cancer et aux stress associés. Les interventions peuvent donc être individuelles, groupales ou familiales.

Nous développerons ci-après les thérapies et techniques utiles aux psychologues face à un patient atteint d'un cancer du sein. Notons que, quelle que soit la forme de thérapie choisie, l'attitude du psychologue devrait toujours être empreinte des principes rogériens que nous décrivons ci-dessous.

3.2.1 L'approche rogérienne

L'approche rogérienne et humaniste s'avère particulièrement pertinente dans la prise en charge des patients atteints de cancer du sein. Celle-ci considère qu'il y a quelqu'un, une personne, derrière un corps qui souffre. Cette vision tient compte du patient dans sa globalité tout en le considérant comme unique ; chacun vit et traverse sa maladie différemment.

Outre le fait d'insister sur la singularité du patient, la nécessité de respecter son rythme et la confiance totale en ses ressources personnelles, l'approche rogérienne (Rogers, 1957) prône l'adoption par le psychologue de trois attitudes fondamentales : la congruence, l'empathie et la considération positive inconditionnelle.

La congruence-authenticité représente la capacité du thérapeute à « être tout proche de ce qui se passe en lui, à savoir exactement ce qu'il ressent au moment présent (conscientisation) et de pouvoir communiquer ce qu'il ressent (transparence) ».

La seconde attitude est l'empathie. Celle-ci représente « la capacité du psychologue de percevoir le patient comme s'il était à la place de celui-ci, en entrant dans son cadre avec ses composantes émotionnelles et ses significations ». L'empathie permet de comprendre le patient dans tout ce qu'il est, y compris dans des choses parfois plus difficiles à entendre pour le psychologue comme l'angoisse de la mort, ou la non-compliance au traitement. Elle permet de rejoindre le patient là où il est et de respecter ses choix médicaux et son rythme personnel.

Enfin, la considération positive inconditionnelle consiste en la « capacité d'éprouver des sentiments positifs à l'égard du patient, sans jugement de valeur, en l'acceptant tel qu'il est, dans chacun de ses aspects, avec son cadre de référence » (Rogers, 1957, p. 98-99). La considération positive inconditionnelle permettra au patient de se sentir digne d'être aimé, même amoindri par les traitements, même amputé d'une partie importante de lui-même (son sein).

Une psychologue témoigne de l'importance de ces trois attitudes : « Il est important de respecter le choix des patientes de leurs traitements médicaux et de les accompagner dans leur démarche, tout en les aidant à faire leur choix avec une prise de recul suffisante » (Canivet, 2011, communication personnelle).

Si ces trois attitudes sont perçues par le patient, elles lui permettront de s'exprimer librement dans un espace de confiance et d'accueil. Le non-jugement indique au sujet que « tout est exprimable », y compris l'an-

goisse de la mort, l'envie de mort, les sentiments d'injustice, de colère, de dégoût, etc. Les réponses empathiques lui permettront de se sentir compris et d'oser continuer à explorer, conscientiser et exprimer ses expériences intérieures. Une meilleure connaissance de lui-même et de ce qui l'entoure lui permettra de mieux s'adapter à sa maladie et d'alléger sa souffrance psychique. C'est par la relation d'aide que la personne pourra accepter ses forces et ses faiblesses et ainsi devenir plus libre, autonome et indépendante pour faire face à ses difficultés. Le patient pourra ainsi redevenir un sujet (et pas qu'un malade ou, pire, un cancer du sein), acteur de sa propre histoire et de sa maladie.

3.2.2 Les différents types d'interventions psychologiques

■ *La thérapie de couple*

Dans le domaine du cancer du sein, certains patients rapportent des difficultés dans leurs relations conjugales et affectives : difficultés de communication entre les conjoints, peur de perdre le partenaire, crainte d'être rejeté ou indésirable, repli d'un des partenaires, etc. Deux types de problèmes sont rencontrés : soit un attachement hyperactif, surdéveloppé envers le conjoint (lequel se sent étouffé), soit un attachement hypoactif où le patient adopte une attitude de repli vis-à-vis du partenaire (lequel se sent rejeté) (Couture-Lalande, Greenman, Naaman & Johnson, 2007).

La manière de réagir sera propre à la dynamique de chaque couple. Elle devra être évaluée avant toute prise en charge. Certaines patientes mettent des barrières afin de protéger leur conjoint, ne pas leur infliger la maladie, alors que la situation ne semble pas poser problème pour celui-ci (Coclet, 2011, communication personnelle).

Une thérapie de couple sera alors envisagée et aura pour but de faire prendre conscience aux deux partenaires des difficultés auxquelles ils sont confrontés afin de pouvoir les verbaliser et les symboliser. La compréhension des interactions dysfonctionnelles permettra l'instauration d'une nouvelle dynamique plus positive et constructive au sein du couple.

Elle se déroule en plusieurs étapes :

- 1) la création d'une alliance thérapeutique permettra de formuler les difficultés conjugales et, ainsi, d'identifier la dynamique d'interaction responsable du problème d'attachement, de reconnaître les émotions sous-tendant cette dynamique et de présenter les problèmes conjugaux ;

- 2) le thérapeute aidera les deux partenaires à accepter leurs besoins respectifs et à parler ouvertement de leurs émotions ; il restructurera les interactions au sein de leur couple ;
- 3) il faudra consolider et intégrer les acquis.

■ La thérapie cognitivo-comportementale

Face aux troubles anxieux, dépressifs, ou d'adaptation des patients, la thérapie cognitivo-comportementale est indiquée. Il s'agira de faire prendre conscience au patient de ses pensées et comportements pathologiques pour lui permettre de modifier la représentation qu'il se fait de sa situation. Les fondements de cette approche reposent en partie sur la thérapie de Beck et fut adaptée au cancer par Moorey et Greer (2002, cités dans Philippin, 2009) sous le nom d'*Adjuvant Psychological Therapy*. Pour un effet rapide et à court terme, cinq à douze séances semblent suffisantes.

Concrètement, cette thérapie travaille sur les cognitions du patient. Dans un premier temps, il faudra identifier les pensées automatiques négatives générant des difficultés d'adaptation. Pour se faire, le patient pourra noter ses pensées automatiques sur la feuille d'observation selon la méthode des trois colonnes cognitives de Beck. Une colonne décrit le comportement-problème, une autre spécifie les émotions liées à ce comportement et une troisième colonne permet d'écrire les pensées automatiques et d'évaluer le niveau de croyances dans celles-ci (« Je ne suis plus attirante pour mon mari. Je me sens coupable de lui montrer mon corps. J'en suis persuadée »). Dans un second temps, le thérapeute posera plusieurs questions pour confronter le patient à ses propres pensées, afin qu'il puisse les reconsidérer de façon plus réaliste et restructurer ses cognitions (« Votre mari montre des signes de désintérêt ? »). Finalement, il cherchera alors des pensées alternatives aux pensées dysfonctionnelles via la technique de décentration (« Que penserait votre amie Julie face à cet événement ? ») ou en posant directement la question au patient.

La thérapie comportementale consiste à assouplir les schémas du patient et à imaginer des modes de coping alternatifs. Pour diminuer l'incertitude causée par la maladie et le sentiment d'impuissance et de désespoir du patient, le thérapeute pourra aussi lui proposer la technique d'assignation de tâches graduées. Celle-ci consiste en la planification de tâches quotidiennes ou hebdomadaires, une fragmentation du temps et un échelonnement concret des activités du patient (Commencer tous les matins par prendre un bain chaud et se concentrer sur la détente des muscles plutôt que sur les douleurs).

■ La thérapie systémique

L'enfant qui apprend que sa maman est atteinte d'un cancer du sein et qui voit celle-ci se rendre souvent à l'hôpital peut être perturbé, surtout s'il est jeune. Parfois, ce phénomène n'est pas perçu par le couple parental, trop préoccupé par ses propres difficultés. Dans d'autres cas, c'est l'inverse : les parents surestiment les difficultés de l'enfant. Ils viennent consulter « pour lui » et finalement la thérapie familiale s'oriente sur le couple. C'est un possible cas de figure qu'il faut avoir en tête lors d'une première consultation familiale.

Le thérapeute familial devra prêter attention aux émotions de l'enfant, plus difficiles à verbaliser par celui-ci. De manière générale, les enfants ressentent souvent de la colère, un sentiment de perte, d'abandon et du ressentiment face à leurs parents qui n'ont plus la même disponibilité depuis l'annonce du diagnostic. Des troubles du comportement apparaissent chez 33 % des enfants : énurésie ou encoprésie secondaire, résurgence de cauchemars ou terreurs nocturnes, régression des aptitudes scolaires, isolement par rapport aux camarades et dépendance excessive par rapport à la mère (Niemla, Hakko & Rasanen, 2010 ; Osborn, 2007 ; Schmitt, Piha & Helenius, 2008 ; Thastum, Watson, Kienbacher & Piha, 2009).

Les interventions familiales s'avèrent donc adaptées dans la problématique du cancer du sein. Elle s'adressent au patient et à ses proches et visent prioritairement à éviter tout repli sur soi et favoriser ainsi la communication (Moorey *et al.*, 1989 cités par Razavi & Delvaux, 2008). En effet, la création d'un espace de communication entre les mères atteintes du cancer du sein, leurs enfants et leur père permet de maintenir une relation positive entre eux.

Concrètement, Taquet (2005) propose une intervention brève qui tient compte de l'organisation familiale et des difficultés éventuelles des enfants. Cette méthode a trois objectifs :

- 1) aider la patiente à établir et/ou à maintenir une communication adéquate afin de faciliter l'adaptation de la famille à la maladie cancéreuse ;
- 2) aider la mère à communiquer de manière adéquate les informations aux enfants en tenant compte de leurs besoins individuels et de leur stade de développement ;
- 3) aider à faire face aux changements de rôles des membres de la famille qu'implique le cancer.

Coclet (2011, communication personnelle) préconise un travail sur la communication au sein du couple afin que les conjoints soient d'accord sur les mots utilisés vis-à-vis des enfants pour parler du cancer. Pour elle, il est important de nommer et d'expliquer la situation aux enfants en fonction de leur maturité. En ne disant rien à l'enfant, celui-ci risque de s'imaginer le pire et cela va créer chez lui de l'anxiété.

■ *Les interventions groupales : thérapies de groupe et groupes de parole*

Les interventions groupales rassemblent des patients atteints de cancer du sein afin de susciter le partage d'expériences et faciliter la résolution de problèmes.

Les thérapies de groupe ont la particularité d'être animées et gérées par des professionnels (psychologues, psychothérapeutes). Elles se tiennent le plus souvent à l'hôpital. Elles comportent un nombre de séances déterminé et fixé d'avance ; les groupes sont en outre le plus souvent fermés (les patients commencent et terminent ensemble). Un exemple de thérapie de groupe validé auprès de patientes atteintes de cancer du sein est celui développé par Nordmann-Dolbeault (2009). Le contenu des séances est présenté dans le chapitre consacré au cancer colorectal.

À côté des thérapies de groupe, il existe les groupes de paroles. Ceux-ci sont le plus souvent gérés et animés par les patients eux-mêmes, en dehors de la présence de professionnels. Ces groupes sont ouverts (chacun débute quand il le souhaite et vient quand il veut) et se tiennent le plus souvent à l'extérieur de l'hôpital. Ce dernier point semble particulièrement important pour les patients en rémission qui souhaitent oublier l'hôpital. Les groupes de parole favorisent la création de liens entre des patients souffrant de la même pathologie, intensifient le soutien perçu, aident à optimiser et profiter de leur temps libre pour se consacrer différemment à leurs activités (passer du temps avec les enfants, lire, etc.) et à utiliser des ressources familiales et médicales (Surugue & Lecourt, 2008). Pour certains, le groupe de parole constitue un moteur et un support incontestable pour la reconstruction de soi et un remaniement du vécu de la maladie.

Les professionnelles que nous avons rencontrées envoient souvent leurs patientes vers des associations spécifiques regroupant d'autres personnes ayant ou ayant eu le cancer du sein (Canivet & Coclet, 2011, communication personnelle).

Quelques associations existantes en France et en Belgique

Au sein des femmes : www.auseindesfemmes.com

Association espoir et vie avec le cancer du sein :

www.vincennes.fr/Culture-sports-loisirs/Associations/Annuaire-des-associations/Espoir-et-vie-avec-le-cancer-du-sein

Vivre comme avant : www.vivrecommeavant.be

Symphonie : www.cancer-support.eu

■ *Autres techniques disponibles si le patient les demande*

Des techniques complémentaires aux traitements psychothérapeutiques classiques existent. Trois d'entre elles apparaissent particulièrement appropriées pour des patients atteints du cancer du sein.

La « sophrologie » permet de redécouvrir les sensations du corps en prenant conscience de la respiration, des battements du cœur, etc. Celles-ci pourront aider la personne à se sentir vivante et à mieux se respecter. Pour préparer le patient à l'opération chirurgicale, le sophrologue va parcourir avec lui les zones affectées et celles de bien-être.

L'« art thérapie » est une autre façon d'améliorer la qualité de vie des patients atteints du cancer du sein (Planchon, 2004). Au-delà de la maladie en elle-même, les patients doivent lutter en permanence contre tous les stigmates que génère cette maladie chronique et invalidante. Une activité artistique permet à certains patients de retrouver une certaine légèreté, tout en constituant une distraction.

Les « massages et soins esthétiques » (coiffure, perruques, massages, maquillage, etc.) sont un autre moyen susceptible d'améliorer le bien-être des patients. Ils sont parfois proposés à l'hôpital ou peuvent être donnés dans des centres indépendants hors de celui-ci. Par exemple, aux Cliniques universitaires St-Luc, le « Centre bien-être et santé » propose ses services esthétiques (massages, manucures, soins du visage, etc.).

4. Conclusion

Le cancer du sein représente souvent un traumatisme tant émotionnel que physique pour les patients. Les interventions psychologiques spécifiques au cancer visent à améliorer la qualité de vie et à diminuer la détresse psychologique. Différentes approches et techniques se sont

avérées efficaces parmi les interventions en sénologie (McGregor & Antoni, 2009). Toutefois, aucune technique n'est prédominante. Il s'agira donc pour le psychologue d'écouter les besoins individuels de chaque patient et de construire une intervention personnalisée à partir de l'ensemble des techniques existantes dans ce domaine. Ce faisant, il veillera toujours à adopter les trois attitudes thérapeutiques de Rogers (empathie, congruence et acceptation positive inconditionnelle).

Pour aller plus loin



OSBORN, T. (2007). *The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents : A systematic review*. *Psycho-Oncology*, 16, 101-126

PHILIPPIN, Y. (2009). *Thérapie cognitive comportementale en soins palliatifs*. *Revue internationale de soins palliatifs*, 24(1), 11-26.

RAZAVI, D. & DELVAUX, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

RAZAVI, D. & DELVAUX, N. (2002). *Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille* (2^e éd.). Paris : Masson.

SURUGUE, P. & LECOURT E. (2008). *Groupes de parole et cancers du sein : une expérience de sept ans*. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(50), 175-184.

LE CANCER COLORECTAL¹

1. Par Silva Baumann, Julien Claisse, Julien Englebert, Sarah Gaillat, Christelle Léonet, Déborah Orofino, Sabine Petit et Lori Van Den Weghe.

Expert-relecteur : Pr Darius Razavi, psychiatre, professeur de psychosomatique et de psycho-oncologie à l'Université libre de Bruxelles.

Les auteurs souhaitent remercier Sophie Bousserau, psychologue dans le service d'oncologie à l'Hôpital Saint-Luc, David Ogez, coordinateur des psychologues au sein de l'Hôpital Saint-Luc à Bruxelles et Claire Petiniot, psychologue à l'Hôpital Saint-Nicolas à Eupen pour le temps qu'ils nous ont accordé afin de nous éclairer sur la spécificité de la prise en charge des patients atteints d'un cancer et plus particulièrement sur les personnes touchées par le cancer colorectal.

Nous adressons un remerciement plus particulier aux patients qui nous nous accueillent et qui ont partagé avec nous leur vécu de la maladie. Un grand merci aussi au docteur Nicole Botembé qui nous a mis en contact avec ces patients.

Sommaire

1.Présentation de la maladie	105
1.1 Épidémiologie	105
1.2 Physiopathologie.....	105
1.3 Symptômes ressentis	110
1.4 Impact sur la qualité de vie.....	111
2.Comorbidités psychologiques	112
2.1 Bénéfice du diagnostic.....	112
2.2 Phase des premiers symptômes	112
2.3 Phase de diagnostic	113
2.4 Phase de traitement	113
2.5 Phase de rémission et de guérison	114
2.6 Phase de rechute	114
2.7 Phase préterminale et terminale.....	114
3.Prise en charge.....	115
3.1 Prise en charge médicale	115
3.2 Prise en charge psychologique	119
4.Conclusion	124

1. Présentation de la maladie

1.1 Épidémiologie

En Belgique, chaque année, 6 000 à 7 000 nouveaux cas de cancer colorectal sont diagnostiqués et l'on enregistre 3 000 décès dus à ce cancer.

Le cancer colorectal occupe le troisième rang parmi les cancers les plus fréquents chez l'homme (13 % de tous les cas de cancer enregistrés en Belgique par le Registre national du cancer pour l'année 2005), après le cancer de la prostate (31 %) et le cancer du poumon (17 %). Chez les femmes, le cancer colorectal est le second cancer le plus fréquent (13 %), après le cancer du sein (37 %).

Dans la population générale belge, le cancer colorectal est la 2^e cause de mortalité liée au cancer. Il est responsable de 11 % de la totalité des décès dus aux cancers tandis que le cancer du poumon est responsable de 24 % de la totalité de ces décès.

Les décès dus au cancer colorectal augmentent progressivement avec l'âge ; ils sont plus nombreux à partir de 50 ans. En effet, plus de 96 % des personnes décédées en 1997 à la suite d'une tumeur colorectale étaient âgées de plus de 50 ans (Pudu & Tafforeau, 2006).

1.2 Physiopathologie

Dans la partie qui suit, quelques éléments de physiopathologie sont présentés pour une meilleure compréhension du développement anatomique du cancer colorectal (figure 6.1).

1.2.1 Bref aperçu de l'anatomie

Le côlon et le rectum forment ensemble le gros intestin. Le gros intestin fait immédiatement suite à l'intestin grêle (ou petit intestin), long de 5 m.

■ Le côlon

Le côlon se compose de 4 sections qui forment un cadre (appelé « cadre colique ») long de 1 à 1,50 m. Il est composé du côlon ascendant ou droit (5), transverse (6), descendant ou gauche (7) et sigmoïde (8).

■ Le rectum

La partie terminale du côlon, appelée rectum (9), est longue de 15 à 20 centimètres et joue un rôle de réservoir avant l'évacuation des selles. Le rectum est voisin de la vessie et des organes génitaux.

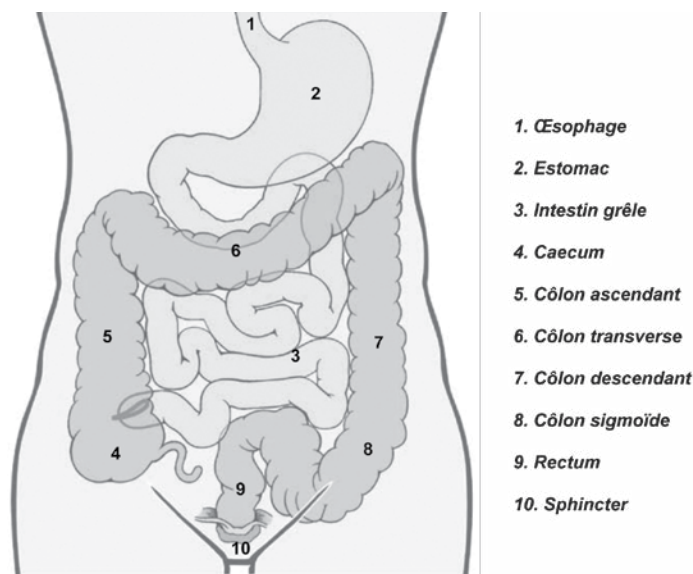


Figure 6.1– Anatomie de l'intestin (source : Ligue suisse contre le cancer, 2008)

1.2.2 Cancer du côlon et du rectum

Le cancer du gros intestin peut toucher le côlon (« carcinome du côlon ») ou le rectum (« carcinome du rectum »). Vu les nombreux points communs entre ces deux types de localisation, on utilise le terme plus global de cancer colorectal. Les segments du gros intestin les plus atteints sont le rectum et le côlon sigmoïde (dans 30 à 40 % des cas).

Le cancer colorectal regroupe diverses formes de tumeurs, que l'on distingue par le tissu d'origine et le type de cellule à l'origine de la formation tumorale.

90 à 95 % des tumeurs de l'intestin sont des adénocarcinomes. Ces tumeurs se développent dans les cellules du revêtement interne (muqueuse ou épithélium glandulaire) de la paroi du côlon ou du rectum, sur la paroi même ou dans un polype (*cf.* plus loin). Des cellules superficielles de la muqueuse, les « épithéliales », vont dégénérer en se divisant de manière anormale et incontrôlée. Elles deviennent « anarchiques ». Ces cellules cancéreuses vont former une excroissance de la paroi du

côlon. Au début, quand cette excroissance reste limitée à la première couche de la paroi du côlon, on parle d'un cancer *in situ*. Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur s'étend plus profondément à travers les autres couches de la paroi du côlon : on parle alors d'un cancer invasif.

Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher du cancer invasif et emprunter les vaisseaux sanguins ou lymphatiques pour aller envahir d'autres parties du corps ; c'est ce qu'on appelle les métastases. Dans le cas du cancer colorectal, les parties du corps les plus atteintes par les métastases sont les ganglions lymphatiques proches du côlon ainsi que des organes comme le foie, les poumons ou le péritoine.

Un cancer colorectal peut se développer aussi à partir des polypes (adénomes) situés dans la paroi de l'intestin. Il s'agit de petites excroissances bénignes qui peuvent apparaître chez des personnes généralement de plus de 40 ans. Les polypes sont considérés comme des lésions précancéreuses. On estime que 1 à 2 polypes sur 100 aboutissent à un cancer.

1.2.3 Stades du cancer colorectal

Chaque cancer est unique et peut être défini en fonction de plusieurs paramètres : sa localisation dans le côlon, sa profondeur dans la paroi (de la muqueuse, la sous-muqueuse, la musculuse à la séreuse), l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques proches du côlon et la présence ou non de métastases au niveau d'autres organes. Les différents examens permettent d'évaluer la propagation ou le stade de la maladie (figure 6.2).

Plus la maladie s'est propagée dans l'organisme, plus le stade est élevé :

- Stade 0 : tumeur *in situ* (TIS), limitée à la muqueuse du côlon ou du rectum ;
- Stade I : extension de la tumeur jusqu'à la couche musculaire (musculuse), pas d'atteinte des ganglions lymphatiques, pas de métastases ;
- Stade II : extension de la tumeur jusqu'à la couche séreuse, pas d'atteinte des ganglions lymphatiques, pas de métastases ;
- Stade III : extension de la tumeur de la muqueuse à la séreuse, atteinte de plus de 3 ganglions lymphatiques, pas de métastases ;
- Stade IV : extension de la tumeur de la muqueuse à la séreuse, atteinte de plus de 3 ganglions lymphatiques, présence des métastases (souvent dans les poumons ou le foie).

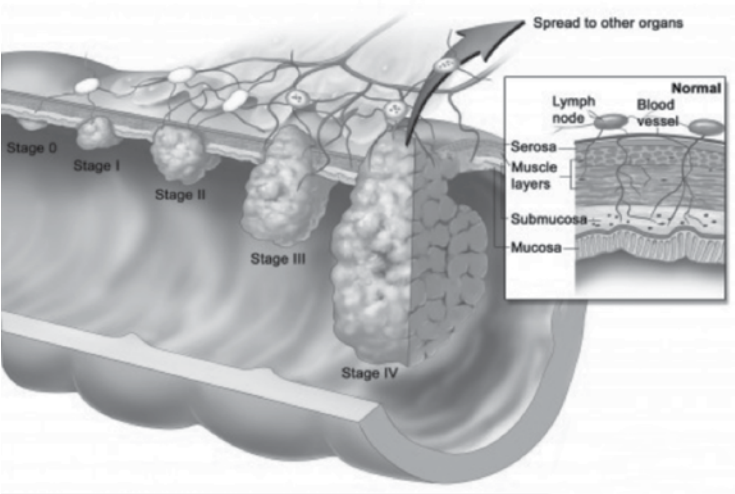


Figure 6.2 – Les stades du cancer colorectal
(source : www.gesondheetszentrum.lu)

Dans le cas du cancer du côlon, on ne peut souvent préciser le stade exact que pendant ou à l'issue de l'opération, sur base du prélèvement de ganglions lymphatiques. Dans le cas du cancer rectal en revanche, il est important de déterminer le stade précisément avant l'opération pour pouvoir choisir la meilleure thérapie.

Le tableau 6.1 représente la probabilité de survie 5 ans après le diagnostic et en fonction des différents stades du cancer colorectal.

Tableau 6.1 – Pronostic vital à 5 ans du cancer colorectal
(source : Abraham, Gulley & Allegra, 2005)

Stade 0-I	> 90 %
Stade II	70-85 %
Stade III	55-70 %
Stade IV	< 10 %

1.2.4 Causes et facteurs de risque

Même si certains facteurs et conditions prédisposent des patients à développer un cancer colorectal, environ 70 % des patients ne présentent pas de facteur de risque identifiable (Abraham *et al.*, 2005). Chez environ 6 % des patients, la cause du cancer colorectal est d'origine génétique.

Néanmoins, une série de facteurs augmentent le risque de développer un cancer colorectal ; certains sont contrôlables, comme ceux liés à l'alimentation, d'autres comme l'âge ne le sont pas :

- 1) Âge : il représente le facteur de risque « principal ». Le risque de développer un cancer du côlon s'accroît au-delà de 50 ans (d'où l'importance d'effectuer un dépistage). Les patients atteints du cancer colorectal sont souvent touchés à un âge proche de la retraite ;
- 2) Alimentation : une alimentation déséquilibrée, riche en sucre, en graisses animales et en protéides favorise l'apparition des polypes et des cancers colorectaux par rapport à un régime plus riche en graisses végétales, fruits et légumes. Néanmoins, les résultats scientifiques ne sont pas très robustes en ce qui concerne le rôle protecteur de certains aliments (vitamine D) ou certains régimes enrichis en calcium et en fibres ;
- 3) Obésité : elle augmente le risque, alors que l'activité physique le diminue ;
- 4) Tabac : fumer double le risque de survenue d'un cancer colorectal ;
- 5) La pollution environnementale ainsi que la consommation d'alcool pourraient également avoir une part de responsabilités, mais on manque de données conclusives à ce sujet ;
- 6) Ethnicité : il y a un risque accru pour des Afro-Américains et des personnes d'ascendance ashkénaze (peuples juifs de l'Europe de l'Est).
- 7) Facteurs héréditaires :
 - La polypose adénomateuse familiale est une maladie liée à une mutation bien spécifique du gène APC sur le chromosome 5. Cette mutation entraîne l'apparition, dès le jeune âge, de milliers de polypes dans le côlon et le rectum. Le risque de développer un cancer invasif est de 100 %, et ce, avant 40 ans ;
 - Le Syndrome de Lynch (forme héréditaire non polyposique) est responsable de l'atteinte de plusieurs générations (parents au 1^{er} degré) avant 60 ans ;

- Maladies inflammatoires de l'intestin : les patients atteints d'une maladie inflammatoire du côlon et/ou du rectum (rectocolite) dans le cadre d'une maladie de Crohn ou d'une RCUH (rectocolite ulcéro-hémorragique) évoluant depuis plus de 10 ans ont un risque 10 fois plus élevé de développer un cancer du gros intestin et doivent être suivis annuellement par endoscopie ;
- Histoire familiale : des patients présentant dans leur famille (parents aux 1^{er} ou 2^e degrés) des individus atteints d'un cancer ou de polypes du côlon ont un risque majoré. L'importance de ce risque est fonction du nombre des personnes atteintes au sein d'une même famille et de l'âge de ces personnes : plus jeune est la personne atteinte, plus le risque est élevé pour son entourage.

1.3 Symptômes ressentis

Le cancer colorectal peut se développer pendant une période prolongée sans qu'aucun symptôme ne se manifeste. Lorsque des signes se manifestent, c'est souvent par vagues et ils peuvent être confondus avec ceux de troubles plus courants et bénins (Armitage, 2003 ; Ligue suisse contre le cancer, 2008 ; Panzuto, Chiriatti, Bevilacqua *et al.*, 2003). Quelques exemples de symptômes sont cités ci-dessous :

- Douleurs abdominales ;
- Perte de poids ;
- Changements intestinaux (diarrhée, constipation, ballonnements) ;
- Sensation de satiété rapide ;
- Saignements du rectum et gastro-intestinaux, présence de sang dans les selles ;
- Faux besoin d'aller à la selle ;
- Fatigue chronique ;
- Obstruction, perforation, saignements aigus et chroniques, métastases au foie ;
- Symptômes inhabituels tels une thrombose veineuse.

1.4 Impact sur la qualité de vie

Le cancer colorectal constitue une pathologie invasive qui a de nombreux impacts sur la qualité de vie des patients et de leur entourage dont les principaux sont décrits ci-dessous.

1.4.1 Le bien-être psychologique

L'impact psychologique du cancer colorectal varie selon le stade de la maladie. Nous développerons cela en détail dans la deuxième partie de ce chapitre.

1.4.2 Le fonctionnement physique

Les principaux changements à ce niveau concernent des modifications intestinales, des douleurs, de la fatigue, des répercussions sur l'alimentation et des dysfonctions sexuelles. Notons que l'intervention chirurgicale conduit à des difficultés à ce niveau également. Par exemple, les patients peuvent être amenés à devoir porter, temporairement ou définitivement, une poche (sac extérieur pour récolter les selles), considérée comme une entrave à la vie sexuelle.

1.4.3 La vie sociale

Comme pour les autres cancers, la fatigue peut entraîner une diminution de la socialisation. Mais ce n'est pas l'unique raison. De nombreux patients évoquent des difficultés au niveau des interactions sociales. Certains ressentent un changement du regard et du comportement des autres à leur égard.

Une illustration concrète des difficultés sociales est celle du port de la poche. En effet, les patients ressentent un sentiment de honte, avec l'impression d'être constamment sales. Ils sont en outre anxieux vis-à-vis des éventuels bruits et odeurs pouvant se dégager de la poche. De plus, ils sont confrontés à un changement important de leur image de soi. Ces difficultés entraînent une diminution des contacts sociaux, des sorties (restaurant, piscine), etc.

1.4.4 La vie professionnelle

L'idée d'annoncer à son patron que l'on est atteint d'un cancer est souvent source d'une forte angoisse. Cependant, comme l'âge moyen de

la population touchée par le cancer colorectal est assez élevé, la majorité des personnes concernées n'est plus en âge de travailler.

Il arrive qu'un patient ne reprenne pas ses activités professionnelles après sa convalescence à cause du sentiment de peur de la reprise, d'une image de soi fragilisée ou bien du regard des autres (collègues, patron). Ces difficultés rencontrées au niveau de la reprise du travail peuvent constituer une porte d'entrée à une psychothérapie.

2. Comorbidités psychologiques

Les comorbidités psychologiques sont nombreuses ; celles-ci ont été classées selon l'évolution de la maladie comme dans le livre de Razavi et Delvaux (2008).

2.1 Bénéfice du diagnostic

Dans les lignes qui suivent, nous décrirons en détail les difficultés psychologiques engendrées par l'annonce du cancer colorectal. Cette section pourrait donner l'impression que l'annonce n'engendre que des difficultés. Or, l'annonce d'un cancer engendre parfois des bénéfices. Les bénéfices les plus souvent cités par les patients sont une meilleure appréciation de la vie, un plus grand investissement dans les relations amicales et familiales, un changement de priorités, une augmentation de la spiritualité et un sentiment de se sentir plus compatissant. En effet, les patients apprennent aussi à relativiser et à ne plus se tracasser pour des détails tels que les travaux ménagers et les petits soucis du quotidien.

2.2 Phase des premiers symptômes

À ce stade, le déni de la maladie et la banalisation des symptômes sont les plus fréquents (Razavi & Delvaux, 2008). Le déni est un « mécanisme par lequel un état de connaissance douloureux est ignoré, banalisé ou évacué ».

Il est dès lors courant qu'un malade mette un certain temps avant de se rendre en consultation. C'est l'augmentation des symptômes qui pousse finalement le malade à prendre contact avec un médecin. Le délai moyen avant une consultation est d'environ 8 mois.

2.3 Phase de diagnostic

L'annonce du diagnostic provoque une crise existentielle qui, pour certains, peut-être comparable à une sentence de mort (Weisman & Worden, 1976 cités dans Razavi & Delvaux, 2008). Les sentiments les plus fréquents déclenchés par la maladie sont la peur, l'anxiété, la dépression, l'impuissance, la solitude, le désespoir et le pessimisme. Si ces sentiments persistent, ils peuvent aboutir à des comportements suicidaires, de repli ou d'abandon.

Les troubles psychologiques les plus fréquents lors de cette phase de la maladie sont des symptômes anxieux et dépressifs, des idéations suicidaires et de l'anorexie mentale suite aux symptômes dépressifs et aux modifications du régime alimentaire.

Des difficultés relationnelles peuvent aussi apparaître à la suite de l'annonce de la maladie soit parce que le patient s'inquiète exagérément et à tort de la réaction de ses proches, soit parce que les proches s'éloignent effectivement par peur de la maladie. Cet éloignement est quelque chose de très difficile à vivre pour le malade.

2.4 Phase de traitement

Lors de la phase de traitement, la détresse du malade est souvent liée au caractère invasif des procédés d'investigation et du traitement (Razavi & Delvaux, 2008) mais aussi au caractère étranger du milieu médical.

L'altération de l'image de soi peut être une source d'anxiété pour le patient à la suite d'une perte de cheveux ou encore de la pose d'une poche externe.

Les patients rencontrent également des difficultés secondaires à leur maladie. Par exemple, les trajets jusqu'à l'hôpital peuvent parfois être longs et fatigants. De plus, la fatigue après le traitement ne leur permet pas de conduire eux-mêmes leur véhicule, d'où l'importance de pouvoir compter sur le soutien de leur entourage.

À ce stade, il est souvent très difficile de poser un diagnostic différentiel de dépression ou d'anxiété en raison de la présence de nombreux symptômes coexistants dans la maladie et les troubles psychiques (par exemple, la fatigue ou la perte d'appétit sont-ils uniquement dus à la maladie et aux traitements ou sont-ils aussi les signes d'une dépression ?).

2.5 Phase de rémission et de guérison

La phase de guérison peut entraîner un sentiment de perte de contrôle. Les patients ne devant plus prendre leurs traitements ont l'impression de ne plus avoir la main-mise sur leur maladie. Ils se sentent en équilibre instable entre la joie d'être débarrassé de leur maladie et la peur de la rechute (Razavi & Delvaux, 2008).

Des difficultés relationnelles peuvent paradoxalement apparaître à ce moment-là avec l'entourage. Les proches s'attendent à retrouver la personne comme elle était avant que sa maladie ne se déclare. Or, ce n'est pas toujours le cas : une crise de ce type amène souvent une remise en question et des changements existentiels.

Malgré tout, certains changements peuvent être considérés comme positifs comme une plus grande appréciation du temps et de la vie en général. Le patient accorde souvent plus d'importance aux relations qu'il entretient. On observe aussi parfois une augmentation de la spiritualité (besoin de donner ou redonner sens à la vie) ou encore une diminution de l'agressivité.

2.6 Phase de rechute

La phase de rechute est très difficile à vivre pour le malade qui se croyait guéri. Une réactivation de l'anxiété et de la dépression est souvent liée au désespoir qu'entraîne la prise de connaissance de la rechute.

2.7 Phase préterminale et terminale

E. Kübler-Ross (1975) décrit les sentiments présents lors de cette phase de la maladie. Ces sentiments peuvent coexister ou se suivre et constituer des « phases » : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (voir chapitre 12 sur les soins palliatifs). La dépression reste le syndrome le plus courant lors de cette phase. Le patient en phase terminale a la sensation d'avoir fait tous ces efforts pour lutter contre la maladie en vain. Il se trouve confronté à un double problème : obtenir la permission de mourir auprès des personnes qui lui sont chères et se désinvestir progressivement de toutes les personnes et possessions investies.

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

3.1.1 La chirurgie

La voie principale de traitement du cancer colorectal est la chirurgie. Celle-ci consiste la plupart du temps à extraire la tumeur du côlon ou du rectum.

La polypectomie est une des premières opérations pratiquées quand on suspecte un cancer. Il s'agit d'enlever les polypes présents sur la paroi du côlon ou du rectum. Les polypes extraits seront analysés afin de rechercher des cellules cancéreuses. Si les analyses sont positives, une seconde opération est nécessaire afin d'extraire la tumeur.

L'excision locale (ou réduction de la muqueuse endoscopique) est le traitement indiqué pour les cancers en stade précoce (c'est-à-dire, ceux se trouvant uniquement dans la muqueuse). Il est ainsi possible, lors d'une endoscopie ou d'une sigmoïdoscopie pratiquée sous anesthésie locale, de retirer la tumeur avec une marge de tissus sains autour. Le tissu dit « sain » est ensuite analysé à la recherche de cellules cancéreuses. S'il en contient, il sera nécessaire de pratiquer une autre chirurgie ou d'avoir recours à un autre mode de traitement (radiothérapie, chimiothérapie).

Les interventions chirurgicales visant l'ablation de tumeurs plus importantes sont des interventions dites « lourdes ». Elles nécessitent une anesthésie générale et une hospitalisation de plusieurs jours. Lors d'une incision abdominale, on enlève la tumeur ainsi qu'une partie du côlon (ou du rectum) sain. Le type d'intervention pratiqué diffère selon l'emplacement de la tumeur, et est nommé selon son emplacement. De plus, ces interventions peuvent nécessiter une colostomie¹ en fonction de l'emplacement de la tumeur et de l'état de l'intestin qui subsiste (voir tableaux 6.2 et 6.3).

1. La colostomie désigne la chirurgie qui permet de relier le côlon à la paroi de l'abdomen, afin de dériver les matières fécales vers une poche extérieure.

Tableau 6.2 – Interventions chirurgicales au niveau du côlon

Intervention	Ablation	Effets	Colostomie	Effets secondaires*
Hémi-colectomie droite	L'appendice Le caecum Le côlon ascendant L'angle droit du côlon La première partie du côlon ascendant	On relie ensuite l'intestin grêle à l'extrémité restante du côlon.	En fonction de l'ampleur de la tumeur.	Voir *
Colectomie transverse	La partie transverse du côlon	Les deux extrémités du côlon restantes sont reliées	En fonction de l'ampleur de la tumeur.	Voir *
Hémi-colectomie gauche	Une partie du côlon transverse L'angle du côlon gauche Le côlon descendant La partie supérieure du côlon sigmoïde	On relie les 2 extrémités saines du côlon	En fonction de l'ampleur de la tumeur	Voir *
Colectomie totale	Voir Supra	L'intestin grêle est relié au rectum	En fonction de l'ampleur de la tumeur	Selles molles (non liquides) Voir aussi *
Colectomie sigmoïdienne	Sigmoïdienne du côlon	On relie ensuite le côlon descendant au rectum	En fonction de l'ampleur de la tumeur	Voir *

Tableau 6.3 – Interventions chirurgicales incluant le rectum

Intervention	Ablation	Effets	Colostomie	Effets secondaires
Exérèse totale du mésorectum	Rectum, mésorectum	Le côlon est rattaché au sphincter	Oui, quand le sphincter n'est pas préservé	Voir *
Résection antérieure basse (RAB)	Une partie du côlon descendant Le côlon sigmoïde Une partie ou tout le rectum Le mésorectum	Le côlon est rattaché à la partie sauvegardée du rectum	Oui, temporaire (parfois permanente)	Voir *
Proctectomie avec anastomose colo-anale	Le côlon sigmoïde en partie ou en totalité Le rectum en entier	On fixe le reste du côlon sigmoïde au sphincter anal	Oui, temporaire ou avancé selon le stade	Voir *
Résection abdomino-périnéale	Une partie du côlon sigmoïde Le rectum L'anوس (dont les muscles) Mésorectum		Oui, permanente	Voir *
Exentération pelvienne	Le côlon sigmoïde Le rectum L'anوس Les organes du bassin Ganglions lymphatiques régionaux		Oui, permanente avec urostomie	Voir *

* Les effets secondaires les plus fréquents sont les suivants :

- douleurs ;
- saignements ;
- caillots sanguins ;
- fuite ou rétrécissement anastomotique ;
- infection ;
- troubles intestinaux ;
- changement du transit intestinal ;
- fatigue ;
- infertilité chez la femme ;
- trouble érectile, problème d'éjaculation chez l'homme ;
- troubles urinaires.

Pour une meilleure compréhension du vécu du patient et une amélioration de la qualité de l'alliance thérapeutique, il est important de bien connaître les effets secondaires des traitements médicaux utilisés.

3.1.2 La radiothérapie

Principalement utilisée pour le traitement des cancers localisés, la radiothérapie est le recours à des rayons ou à des particules à haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses. Ses principales indications sont :

- réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie ;
- détruire les cellules cancéreuses subsistant après la chirurgie ;
- traiter les personnes ne pouvant supporter la chirurgie, ou dont on ne peut supprimer la tumeur ;
- soulager la douleur ou maîtriser les symptômes d'un cancer du rectum avancé.

Bien que moins lourde que la chirurgie, la radiothérapie est un traitement contraignant. En effet, elle peut durer de 5 à 6 semaines à raison de 5 jours par semaine. L'exposition peut être extrêmement douloureuse pour le patient qui peut ressentir des brûlures.

Les principaux effets secondaires de la radiothérapie sont :

- réaction cutanées ;
- diarrhée ;
- troubles intestinaux ;
- troubles urinaires ;
- nausées et vomissements ;
- fatigue ;
- aplasie médullaire ;
- infertilité chez la femme ;
- trouble érectile, problème d'éjaculation chez l'homme ;
- formation de tissu cicatriciel.

3.1.3 Les chimiothérapies

On peut estimer la durée du traitement de quelques semaines à plus d'un an. Néanmoins, les médicaments utilisés, les doses ainsi que le rythme dépendent des spécificités du cancer et de la tolérance du patient au traitement. C'est pour ces raisons que le traitement est adapté au cas par cas et que les effets secondaires varient selon les personnes.

Comme mentionné plus haut, les effets secondaires peuvent être très variables :

- nausées et vomissements ;
- diarrhées ;
- baisse des globules blancs (risque d'infections plus élevé), rouges (fatigue) et des plaquettes (risque d'hématomes et saignements) ;
- lésions de la bouche ;
- sensations d'engourdissement ou de fourmillement ;
- perte d'appétit ;
- chute des cheveux ;
- troubles cutanés et syndrome main-pied. le syndrome main-pied se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds ;
- réactions allergiques.

Cependant, certains de ces effets secondaires peuvent être évités, d'autres peuvent être fortement diminués grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques d'un médecin ou d'un pharmacien.

3.2 Prise en charge psychologique

Il existe de nombreuses thérapies qui peuvent être mises en place auprès de patients souffrant d'un cancer colorectal. Elles peuvent être de groupe, individuelles ou familiales ; d'orientation cognitivo-comportementale, systémique ou encore basées sur les fondements rogoriens. Toutefois et malgré le choix des thérapies, il faut savoir que tous les patients n'en ont pas nécessairement besoin. L'important est qu'ils soient informés qu'ils peuvent disposer de ce service.

3.2.1 Remarque préliminaire 1

Il semble important d'évaluer au préalable la nécessité d'une prise en charge thérapeutique du patient (Nordmann-Dolbeault, 2009). Actuellement, plusieurs tests mesurent la détresse psychique des patients dans les hôpitaux. Le plus communément utilisé est le HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 14 items ; il n'est donc pas très contraignant pour le patient.

Ce test peut donc être utile afin de dépister la détresse psychique des patients. Cependant, il ne faudrait pas obliger un patient à suivre une thérapie s'il ne le désire pas et ce même si son score au test est élevé. *A contrario*, il ne faudrait pas refuser la thérapie à un patient qui n'a pas un score jugé « assez élevé »...

Aujourd'hui pour les patients atteints d'un cancer, la présentation des psychologues se fait quasi systématiquement afin de faire savoir au patient qu'un soutien psychologique est possible. Cependant, tous les patients ne sont pas nécessairement demandeurs d'une aide psychologique. De ce fait, il convient au psychologue de laisser la place et la responsabilité au patient d'accepter ou de refuser son service.

3.2.2 Remarque préliminaire 2

Une idée fortement répandue dans le domaine de la santé est l'influence que le psychisme peut avoir sur l'évolution de la maladie. Ainsi, si une personne a un esprit combatif et qu'elle est optimiste, sa maladie pourrait guérir plus vite. Si c'est vrai pour certaines maladies, cela n'a pas encore été prouvé dans le cadre précis du cancer colorectal. On ne peut donc mettre en place des psychothérapies dans le but d'améliorer l'état de santé physique des patients. Le risque est trop grand de voir des patients s'y investir totalement comme un moyen de soigner leur maladie, puis de littéralement s'effondrer si la maladie empire. Dans le cadre du cancer colorectal, les psychothérapies doivent avoir pour but l'amélioration de la qualité de vie du patient et/ou la prévention ou le traitement des troubles psychopathologiques susceptibles de survenir.

3.2.3 L'intervention individuelle

L'intervention individuelle dans le cadre du cancer colorectal consistera le plus souvent en un soutien psychologique. Il consistera à aider le patient à gérer et/ou accepter les effets secondaires de la maladie et des interventions, à travailler l'image de soi mise à mal par la perte de

cheveux et par la poche et, si nécessaire, à rétablir la vie sexuelle du patient. Au-delà du patient lui-même, l'intervention pourra également inclure la famille et les proches. Les interventions individuelles et familiales les plus adaptées au cancer sont présentées dans le chapitre 5 sur le cancer du sein).

3.2.4 L'intervention de groupe de Nordmann-Dolbeault (2009)

Nordmann-Dolbeault (2009) a récemment développé et validé une thérapie de groupe de type psycho-éducatif à composantes cognitivo-comportementales auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein. Le caractère général de cette thérapie semble en faire un outil applicable à tous types de cancer. Selon l'auteur, la thérapie de groupe comporte de nombreux avantages dans le cadre du cancer :

- Elle fournit un soutien spécifique car les patients peuvent échanger et confronter leurs expériences de la maladie. Ils peuvent se comparer entre eux et ainsi légitimer leur statut de malade ;
- Le soutien et le support venant des autres patients sont deux autres atouts. En effet, comme vu précédemment (*cf.* comorbidités psychologiques), la famille n'assume pas toujours ce rôle de soutien et peut prendre ses distances par « peur » de la maladie et du malade ;
- Ce type de thérapie est une alternative pour les patients qui ne voudraient pas suivre une thérapie individuelle jugée trop anxiogène ;
- Une thérapie de groupe entraîne moins de dépendance de la part du patient envers son thérapeute, ce qui fait que la fin de la thérapie est souvent vécue comme étant plus aisée ;
- Enfin, les thérapies de groupe ont un avantage économique certain : plusieurs patients peuvent être pris en charge de manière simultanée.

Nous présentons ci-après les différentes séances de cette thérapie afin d'offrir un outil concret d'intervention aux professionnels confrontés à des patients atteints d'un cancer colorectal.

■ *Séance 1. Présentation, fonctionnement du groupe et introduction*

La première séance consiste en une présentation des animateurs et de chacun des patients. Celle-ci peut être facilitée par un petit exercice (par exemple, parmi les photos disposées sur la table, choisissez une photo qui vous décrit, une photo qui décrit votre cancer et une photo qui décrit vos

attentes). Cette présentation est suivie par une introduction qui précise les thèmes qui seront abordés à chaque séance.

La séance se termine par une introduction à la relaxation. La relaxation va amener le patient à se centrer sur ses sensations corporelles plutôt que sur ses pensées anxiogènes. Elle vise à fournir au patient un premier outil pour gérer ses émotions. La relation au corps et l'image corporelle subjective vont aussi s'en trouver améliorées. Quelques exercices de relaxation termineront chacune des séances.

■ *Séance 2. Les causes et le sens de la maladie cancéreuse*

Les patients sont amenés à lister les causes de l'apparition de leur cancer. Le but est de montrer que cette maladie est multifactorielle (génétique, impact hormonal, style de vie). La recherche de causes par le patient peut également mettre en avant un désir de contrôle.

On amène les patients à évaluer les impacts émotionnels et comportementaux des différentes croyances. Certains peuvent croire qu'ils ont eu un mode de vie trop stressant qui a conduit à l'apparition du cancer ; d'autres pensent que le cancer est une punition divine pour une vie trop débridée. Ces pensées engendrent de la culpabilité et/ou de la colère contre eux-mêmes car certains patients se disent qu'ils auraient pu éviter cela. D'autres pensent que leur cancer est le résultat du stress occasionné par leurs enfants et leur entourage. Ils éprouvent alors de la colère et du ressentiment à leur égard.

Selon le courant cognitivo-comportemental, les difficultés rencontrées par le patient sont dues aux croyances irrationnelles. La restructuration cognitive vise à remettre en question ces croyances. Pour ce faire, le patient va, à l'aide du thérapeute, identifier les pensées, les comportements et les émotions dysfonctionnels et les remplacer par des modes de pensée et de fonctionnement plus adaptés.

■ *Séance 3. Changements corporels liés aux traitements*

Cette troisième séance d'orientation psychoéducative vise à la transmission d'informations sur la maladie et les traitements.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à « rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider – ainsi que leur famille – à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer les responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider

à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (Nordmann-Dolbeault, 2009, p. 105).

L'approche psychoéducative favorise l'implication du patient dans sa maladie, ce qui améliore sa prise en charge. Elle diminue le nombre de complications (les patients conscients des risques liés au traitement et à la maladie adoptent de meilleurs comportements), de même que les effets secondaires de la maladie et des traitements.

Une fois les grandes informations transmises, les patients sont invités à discuter des problèmes que les changements corporels peuvent entraîner (par exemple, aller à la plage alors qu'on porte une poche) et à chercher ensemble des solutions.

Cette « aide à la résolution de problèmes » fournit au patient un soutien plus concret et plus pratique, car elle offre des solutions spécifiques que le patient peut directement mettre en pratique dans sa vie quotidienne. Ainsi, le patient est amené à adopter de nouveaux comportements dans des situations qui sont habituellement résolues d'une manière inadaptée. Cela permet au patient de développer un coping centré sur le problème. Le fait que les solutions viennent du groupe et ne soit pas « imposées de l'extérieur » diminue les résistances et l'envie des patients de les essayer.

■ *Séance 4. Impact de la maladie et des traitements sur l'estime de soi*

Cette séance consiste en une discussion autour de l'impact de la maladie sur l'estime de soi et des difficultés relationnelles et pratiques qui peuvent en découler (Faut-il prendre un mi-temps thérapeutique ? Faut-il demander de l'aide à domicile, par exemple).

Il n'est pas toujours facile pour le patient d'accepter de l'aide car son estime de soi et son ego peuvent en prendre un coup. De plus, demander de l'aide signifie qu'il faut informer les autres de sa situation de malade. Les patients sont amenés à chercher ensemble des solutions qui leur permettent de disposer d'aide, tout en préservant leur estime de soi.

■ *Séance 5. Gérer l'incertitude*

Comme nous l'avons déjà expliqué, le patient peut parfois se sentir abandonné pendant mais aussi après le traitement (le corps médical ne l'entoure plus et la famille n'est pas toujours présente). On observe souvent de la peur et de l'incertitude (peur que les traitements ne fonctionnent pas ou, chez les patients en rémission, peur de la récurrence par exemple).

Cette séance consiste donc à mettre en évidence les croyances erronées des patients et les remplacer par des pensées plus appropriées. Par exemple, plutôt que de dire : « Avec mon manque de chance habituel, je vais récidiver », en arriver à penser : « Il se peut que je récidive mais c'est juste une possibilité ». Les pensées négatives deviennent des hypothèses et non plus des faits.

■ **Séance 6. Les relations avec les proches**
(famille, collègues ou autres)

Discussion autour des situations positives et jeux de rôles autour des situations problèmes. Une personne peut se sentir rejetée par ses amis depuis l'annonce de son cancer. Le jeu de rôle est une technique intéressante pour développer les compétences communicationnelles du patient ainsi que de l'empathie pour ses proches. En communiquant avec ses amis, la personne se rendra peut-être compte qu'ils ont juste peur de la maladie et qu'ils ne savent pas comment réagir.

■ **Séance 7. Les relations avec les soignants**

Cette séance est fort proche de la précédente et suit la même trame. Dans un premier temps, les patients parlent des situations positives qu'ils ont eues avec l'équipe soignante. Ensuite, ils évoquent les problèmes rencontrés. Ceux-ci sont mis en pratique sous la forme de jeux de rôles afin de générer des solutions constructives.

■ **Séance 8. Les objectifs personnels**

Bilan du groupe et des objectifs personnels.

4. Conclusion

L'épreuve du cancer engendre de nombreux bouleversements physiques et émotionnels pour le patient. Ces divers changements ont des répercussions sur des facettes aussi variées que l'estime de soi, la relation au corps, le bien-être et les relations avec les proches. Tout cela affecte profondément la qualité de vie, de sorte que le principal objectif de la prise en charge psychologique sera d'améliorer cette dernière. Il existe de nombreuses techniques et approches dans la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer colorectal. Au niveau groupal, la thérapie de type psychoéducatif proposée par Nordmann-Dolbeault (2009) semble particulièrement adaptée. Cette thérapie de groupe fonctionne en plusieurs

séances ; chacune d'elle étant centrée sur une thématique concrète qui permet d'améliorer la qualité de vie du patient. En se basant sur cette technique, le psychologue pourra bénéficier d'un outil de travail fiable et concret qu'il pourra proposer à son patient tout en veillant à respecter le choix de ce dernier quant à son envie de bénéficier ou de refuser les services du psychologue.

Pour aller plus loin



COULON, J., JACQUET DE HAVESKERCKE, P., NAGELS, I., RUTH, A., SERVAIS, P., VAN ASSCHE, H. & VANDER STEICHEL, D. (2002). *Mieux comprendre le malade pour mieux l'accompagner*. Bruxelles : Fondation contre le Cancer.

DOUCET, C. (Dir.) (2011). *Le psychologue en service de Médecine : les mots du corps*. Paris : Masson.

NORDMANN-DOLBEAULT, S. (2009). *La détresse des patients atteints de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et prise en charge*. Thèse de doctorat en neurosciences non publiée, Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris.

RAZAVI, D. & DELVAUX, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

PUCHEU, S. (2009). *Cancer, comment vivre avec, en parler, accompagner*. Paris : Éditions Josette Lyon.

Chapitre 7

LE DIABÈTE DE TYPE 2¹

1. Par Ariane Beaudreau, Émilie Beaumier, Sophie Bodson, Sylvie Brivet, Mahnaz Khorramian et Léonore Robieux.

Expert-relecteur : Pr. Serge Sultan, psychologue clinicien, professeur à l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherches du CHU Sainte-Justine à Montréal.

Sommaire

1.Présentation de la maladie	129
1.1 Épidémiologie	130
1.2 Physiopathologie.....	130
1.3 Symptômes ressentis par l'individu	132
1.4 Changements de comportements induits par le diabète	133
2.Comorbidités psychologiques	135
2.1 Difficultés psychologiques engendrées par la maladie	135
2.2 Besoins psychosociaux des patients	137
3.Prise en charge.....	138
3.1 Prise en charge médicale	138
3.2 Prise en charge psychologique	139
4.Conclusion	148

1. Présentation de la maladie

Le diabète est une maladie chronique grave liée à une défaillance de la régulation de la glycémie¹. La gravité de la maladie est due à la fois aux complications aiguës et chroniques qu'entraîne l'hyperglycémie. Les formes les plus courantes de diabète sont le diabète de type I (10-20 %) et de type II (80-90 %). Le diabète de type I, autrefois appelé diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile, apparaît le plus souvent de manière brutale chez l'enfant ou chez le jeune adulte. Il est la résultante d'une maladie auto-immune aboutissant à une destruction totale des cellules du pancréas qui fabriquent l'insuline². Privés de la seule substance de l'organisme capable de faire baisser la glycémie, les diabétiques de type I doivent s'injecter de l'insuline plusieurs fois par jour tout au long de la vie (d'où le nom « insulino-dépendant »). Le diabète de type II, autrefois appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de l'âge mûr, survient classiquement chez l'adulte de plus de 40 ans³ présentant une surcharge pondérale ou de l'obésité. Contrairement au diabète de type I, la production d'insuline par le pancréas est normale (voire excessive). Mais les cellules deviennent insensibles à l'insuline, de sorte que le sucre ne pénètre plus dans les cellules (d'où l'augmentation de la glycémie dans le sang). C'est ce second type de diabète que nous évoquerons dans le présent chapitre.

Les individus qui souffrent de diabète de type II (communément appelé D2) peuvent bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante et se prémunir des complications les plus graves en suivant un traitement multimodal strict (médication, hygiène alimentaire, activité physique, etc.). Ce traitement est toutefois difficile à suivre pour de nombreux patients, ce qui entraîne des complications influençant la qualité de vie et la survie au long cours. Au-delà des retentissements habituels de la maladie chronique, la problématique psychologique du diabète est celle de l'autorégulation permanente pour prévenir la dégradation future. Le psychologue de la santé intervient alors dans une démarche d'accompagnement dans le service d'endocrinologie à l'hôpital ou au service de soins ambulatoires polyvalent.

1. Concentration de glucose dans le sang.

2. L'insuline est une hormone dont la fonction est d'augmenter l'entrée de glucose dans les cellules, faisant ainsi baisser sa concentration dans le sang (d'où son action hypoglycémisante).

3. Jusqu'il y a peu, ce diabète touchait essentiellement des adultes. Mais en raison de l'augmentation du taux d'obésité juvénile, il touche de plus en plus d'adolescents (voire même d'enfants).

1.1 Épidémiologie

Toutes les 8 secondes dans le monde, une personne meurt du diabète ; c'est plus que pour le sida et la malaria réunis (International Diabetes Federation, 2011). Le diabète représente 6,8 % de la mortalité mondiale, 356 millions de personnes en sont atteintes dont 90 % par un diabète de type 2 (Organisation mondiale de la santé, 2011). L'OMS évoque une véritable « épidémie mondiale » avec un nombre de cas décuplé en l'espace de 40 ans, ce qui pourrait faire du diabète la 7^e cause de décès dans le monde à l'horizon 2030. En France, 4,4 % de la population est atteinte de diabète dont 91,9 % d'un diabète de type 2 (D2). La progression de cette prévalence a été estimée à 6 % par an entre 2000 et 2009 et continue d'augmenter sous l'effet de l'allongement de la durée de vie et de l'augmentation de l'obésité. Le diabète est respectivement 5,5 à 6 fois plus fréquent chez les hommes et les femmes obèses que chez les sujets de corpulence normale (Institut national de veille sanitaire, 2009). Or, on observe partout dans le monde une modification des habitudes alimentaires et une réduction de l'activité physique qui aggravent la situation. En France au cours l'année 2006, 6,1 % de l'ensemble des décès étaient liés à cette pathologie. Avec un taux de croissance de 5,7 % par an, elle s'impose comme la deuxième affection de longue durée (ALD) après les cancers. C'est pourquoi le diabète représente aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur.

1.2 Physiopathologie

1.2.1 Physiopathologique du diabète de type 2

Le diabète se caractérise par un taux inadapté de glucose dans le sang. Le glucose est une molécule issue de la digestion des sucres contenus dans certains aliments (raisin, amidon, miel...). Il contribue à apporter de l'énergie à nos organes et est indispensable à l'activité intellectuelle ou physique. La concentration en glucose dans le sang, autrement appelée glycémie, doit être constante et est généralement comprise entre 0,8 g/l et 1,10 g/l à jeun (Grimaldi, Jacqueminet, Heurtier & Bosquet, 2005). Chez les personnes atteintes de diabète, la glycémie est anormalement élevée, et ce de façon chronique : elle est supérieure à 1,26 g/l à jeun et supérieure à 2g/l deux heures après le repas (Fischer-Ghanassia & Ghanassia, 2010). Ce phénomène, appelé hyperglycémie, donne lieu à des complications médicales qui peuvent mettre la santé en péril (voir points 1.2.2 et 1.2.3).

C'est l'intervention harmonieuse des hormones qui assure une glycémie constante chez le sujet sain. Les hormones à fonction hypoglycémiantes, telles que l'insuline (sécritée par le pancréas), abaissent la glycémie lorsqu'elle est trop élevée dans le sang. Elles permettent d'accroître la pénétration du glucose dans les cellules et de stocker ce glucose dans des réserves. Les hormones à fonction hyperglycémiantes, telles que le glucagon, augmentent la glycémie lorsque le taux de glucose sanguin est trop faible.

Chez le sujet atteint de diabète de type 2, il y a un dysfonctionnement du système endocrinien. La sécrétion d'insuline est généralement effective, mais celle-ci ne peut agir sur la cellule-cible. Tout se passe comme si les cellules avaient perdu leur réactivité à l'insuline. On parle alors de résistance à l'insuline. Dans l'incapacité d'assurer la fonction hypoglycémiantes, le corps souffre d'hyperglycémie, laquelle engendre des complications à court terme, dites aiguës, et à long terme, dites chroniques (Fischer-Ghanassia & Ghanassia, 2010).

1.2.2 Complications aiguës

Deux complications aiguës peuvent survenir lorsque la glycémie est trop élevée chez un sujet atteint de diabète. La première, le coma hyperosmolaire provient d'une déshydratation du sujet engendrant une toxicité du sang telle qu'elle nuit gravement au cerveau. Ce coma est une urgence médicale fatale dans plus de 50 % des cas. La seconde complication, l'acidocétose, peut aussi être fatale. Elle est une conséquence de l'insulinorésistance : l'organisme, manquant de glucose, va rechercher un autre carburant, les graisses. Mais ce mécanisme engendre une production de toxines dans le sang qui le rendent acide et toxique pour l'organisme (Fischer-Ghanassia & Ghanassia, 2010). Dans l'état actuel de la prise en charge dans les pays développés, ces complications sont devenues rares.

1.2.3 Complications à long terme

Le D2 se caractérise par une phase initiale asymptomatique. Par conséquent, il est souvent diagnostiqué après plus de 10 ans d'évolution. Ce retard habituel du diagnostic justifie une attention particulière portée aux diverses complications pouvant affecter le patient le plus tôt possible dans la trajectoire de la maladie. Un diabète non traité ou mal contrôlé est à l'origine de six complications chroniques survenant à long terme (Fischer-Ghanassia & Ghanassia, 2010) :

- 1) les complications ophtalmologiques, et notamment les atteintes de la rétine, pouvant mener à la cécité (le diabète est la première cause de cécité acquise) ;

- 2) les complications rénales, telles que des infections urinaires, une néphropathie diabétique, ou une insuffisance rénale chronique ;
- 3) les complications cardiovasculaires ; 75 % des personnes ayant un diabète de type 2 meurent d'une complication cardiovasculaire (Mazighi, 2004) ;
- 4) les complications neurologiques, dont la plus fréquente est la polyneuropathie, qui correspond à une atteinte des fibres nerveuses, induisant une perte de sensibilité et/ou de motricité ;
- 5) les complications du pied, telles des plaies ou infections. Elles peuvent s'accompagner d'ulcères, et parfois même nécessiter une amputation. En France, le diabète est ainsi responsable de plus 10 000 amputations des membres inférieurs par an ;
- 6) les complications du système immunitaire (immunodéficience) qui prédisposent le patient à des complications infectieuses génitales, dermatologiques et dentaires.

1.3 Symptômes ressentis par l'individu

CAS CLINIQUE

Le diabète de type 2 de Madame J.

Le D2 de Madame J., 67 ans, a été diagnostiqué il y a six ans, alors qu'elle se plaignait d'une extrême fatigue. Aujourd'hui, ses symptômes sont une soif intense, une transpiration abondante avec l'impression d'être constamment déshydratée, ainsi que des mictions fréquentes qui génèrent de l'incontinence. Malgré ces signes caractéristiques de l'hyperglycémie, elle n'a connu qu'un seul épisode d'hypoglycémie au cours de sa vie.

Comme nous l'avons vu plus haut, le D2 est généralement asymptomatique durant les 10 premières années. Ensuite, de nombreux symptômes physiques peuvent être ressentis par le patient atteint de diabète. Certains sont liés à l'hyperglycémie caractéristique du diabète et d'autres à la prise de médicaments permettant d'abaisser la glycémie du patient (ADO et insuline). Un mauvais dosage de ces derniers peut provoquer une hypoglycémie. Les symptômes liés à l'hypo- ou l'hyperglycémie sont repris dans le tableau 7.1.

Tableau 7.1 – *Symptômes ressentis par les patients atteints d'un D2*

Symptômes liés à l'hyperglycémie (Unité de jour, CHUM, 2009)			
Sensation générale	Symptômes physiques	Symptômes gastro-intestinaux	Problèmes urinaires et sexuels
– fatigue – soif intense – sensation de faim	– palpitations (tachycardie) – respiration rapide – perte de l'élasticité de la peau – assèchement des muqueuses (dont la peau) – amaigrissement – troubles de la vision – guérison lente des plaies	– douleurs ou inconfort abdominal – ballonnements – nausées, vomissements – diarrhées nocturnes	– fréquence excessive des mictions (pollakiurie) – infections génitales
Symptômes liés à l'hypoglycémie (McAulay, Deary & Frier, 2001)			
Sensation générale	Symptômes physiques	Symptômes neurologiques	
– malaise – fatigue – sentiment de faiblesse – irritabilité	– sueurs – palpitations et tremblements – sensation de faim accrue – nausées – picotements autour de la bouche – troubles de la vision – maux de tête et vertiges – pâleur	– sentiment de confusion – difficultés à parler – gestes incoordonnés – somnolence – difficulté à se concentrer	

1.4 Changements de comportements induits par le diabète

Le D2 impose un mode de vie rigoureux, dans le but de maintenir l'équilibre métabolique de l'organisme et de pallier la fragilité qu'il engendre (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001). Cet équilibre est plus couramment désigné sous le terme de « contrôle glycémique » qui correspond au taux moyen de glucose dans le sang au cours d'une période donnée. On distingue ainsi le « bon » contrôle glycémique du

« mauvais » contrôle glycémique. Le diagnostic de D2 implique deux changements de comportements majeurs chez les patients : une modification de leur alimentation et la pratique d'une activité physique, auxquels vont s'ajouter les comportements de gestion des éventuels traitements hypoglycémiant.

1.4.1 Alimentation

L'éducation diététique est au centre des programmes d'action, de prévention et de prise en charge du D2 (Masseboeuf, 2003a, 2003b). Le patient doit faire le lien entre l'équilibre de son poids et celui de son diabète, il doit également développer de bonnes connaissances sur les aliments et leur incidence sur sa santé. Une perte de poids de 3 à 10 kg permet d'améliorer l'équilibre du diabète mais aussi de réduire les traitements médicamenteux (Barnard, Jung & Inkeles, 1994). La suppression de certains aliments ou l'arrêt du grignotage sont souvent suffisants pour atteindre cet objectif de perte de poids.

L'apport protidique est très surveillé mais néanmoins nécessaire quotidiennement. Les lipides sont à équilibrer en diminuant la quantité de certains aliments (beurre, fromage...) et en privilégiant les graisses insaturées. Les patients atteints de diabète de type 2 ont souvent une consommation insuffisante de glucides sous forme de sucres lents, or ceux-ci sont la principale source d'énergie du corps. L'apport de fibres est nécessaire et encouragé. Les boissons alcoolisées doivent être consommées au cours d'un repas, avec modération, et prises en compte dans le calcul des apports caloriques.

1.4.2 Activité physique

L'activité physique retarde l'apparition d'un diabète chez les sujets à risque et permet d'améliorer la sensibilité à l'insuline et le contrôle glycémique au stade précoce de la maladie. Une évaluation médicale préalable s'avère toutefois indispensable pour permettre la prescription d'un programme d'entraînement adapté à la condition physique du patient.

Le patient atteint de diabète doit privilégier les exercices d'endurance, bénéfiques pour le système cardiovasculaire, et ceux d'assouplissement, bénéfiques pour le système musculaire. Au contraire, l'effort de résistance (tel que soulever des altères) est une activité hyperglycémiant pouvant avoir des conséquences cardiovasculaires et orthopédiques néfastes. La durée de l'exercice doit être supérieure à 30 minutes et sa fréquence de 3 séances par semaine. L'activité physique a cinq grands effets bénéfiques

sur le D2 : une perte de poids, une amélioration de la glycémie et de l'effet des médicaments, et une diminution de la tension artérielle et du stress (Barnard *et al.*, 1994).

2. Comorbidités psychologiques

2.1 Difficultés psychologiques engendrées par la maladie

Le D2, l'annonce du diagnostic et les exigences de soins que le diabète impose ont une influence sur la santé et la qualité de vie des patients. L'intensité des difficultés psychologiques engendrées varie d'une légère altération de la qualité de vie jusqu'à des troubles dépressifs et/ou anxieux. Plus de 40 % des patients rapportent un bien-être psychologique insuffisant (Skovlund, 2004). Un stress élevé, un faible contrôle perçu de la maladie et un soutien social perçu comme insatisfaisant constituent des facteurs de vulnérabilité psychologique (état anxio-dépressif) et somatique (hyperglycémie) (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001).

2.1.1 Altération de la qualité de vie

Le diabète impose de nombreuses contraintes (un traitement souvent lourd, une surveillance constante de la glycémie, des repas à heures fixes, etc.) qui font obstacle aux activités des patients et engendrent des frustrations. L'autorégulation constante qu'exige la maladie est usante au fil du temps (Sultan, 2010). Les restrictions alimentaires sont la dimension ayant l'impact le plus fort sur la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 2 (Erpelding, Boini, Fagot-Campagna *et al.*, 2009) car leur plaisir est entravé par la modification des repas et l'isolement qu'elle génère. Chez ces patients, il y a fréquemment un rapport conflictuel entre la gestion de leur pathologie et celle de leur vie au quotidien. Lorsqu'elles se heurtent l'une à l'autre, les patients peuvent procéder par évitement sélectif : faire un écart alimentaire en certaines occasions ou perpétuer une habitude alimentaire préférée (Bernard, 2006). Il n'est ainsi pas rare de voir des patients mettre en péril leur santé dans le but d'améliorer leur qualité de vie à court terme (Ayalon, Gross, Tabenkin *et al.*, 2008).

Mme J. connaît par exemple les recommandations alimentaires mais elle aime manger en quantité. Elle se plaint de n'avoir perdu avec difficulté que quelques kilos qui n'ont eu aucun effet bénéfique à court terme sur sa glycémie, au contraire. Il lui faudrait perdre beaucoup plus de

poids, ce qui implique de trop grands sacrifices à court terme pour des résultats non garantis à long terme.

L'incompréhension de l'entourage vis-à-vis de la maladie et des restrictions qu'elle engendre est souvent un facteur d'isolement (Ayalon *et al.*, 2008). La gestion de la maladie, les traitements et l'observation d'un régime mènent à la stigmatisation du patient. Or, on sait qu'un soutien social perçu comme insatisfaisant constitue un facteur d'aggravation des difficultés psychologiques et somatiques (voir Bruchon-Schweitzer, 2002, pour une revue).

2.1.2 Dépression

De nombreux patients atteints de diabète souffrent de symptômes dépressifs (31 % des cas), voire d'un trouble dépressif majeur (11 %). Le risque de dépression est deux fois plus élevé que dans la population générale (Anderson, Freedland Clouse & Lustman, 2001). Près d'une femme diabétique sur trois et près d'un homme diabétique sur cinq souffrent ainsi de dépression avec des conséquences néfastes sur leur fonctionnement cognitif, leur qualité de vie, leur adhérence au traitement médical et leur contrôle glycémique, ce qui augmente le risque de complications liées au diabète. Cette dépression est par ailleurs fortement corrélée avec la sédentarité, les plaintes somatiques subjectives et la diminution des capacités physiques.

2.1.3 Anxiété

L'annonce d'un diagnostic de D2 entraîne fréquemment de l'anxiété. Les contraintes liées au traitement, l'appréhension des complications, le défi et la responsabilisation que demande la maladie génèrent de l'angoisse chez les patients et peuvent entraîner une dépréciation de soi (Bernard, 2006). Près de 40 % des patients atteints de diabète de type 2 se disent ainsi « très stressés » par leur diabète et s'estiment plus tendus que la normale (Skovlund, 2004). Cette anxiété a un impact direct et indirect sur le contrôle glycémique. L'impact direct provient de ce que les cognitions anxieuses augmentent les hormones de stress (cortisol, adrénaline), qui elles-mêmes augmentent la glycémie. L'impact indirect survient lorsque l'anxiété est associée à un évitement cognitif qui réduit la probabilité d'adopter des comportements sains.

2.2 Besoins psychosociaux des patients

Le patient atteint de diabète de type 2 ressent le besoin d'être soutenu et encouragé par son entourage. Si certains patients éprouvent le besoin d'être fortement assistés, voire surveillés, la plupart des patients souhaitent que ce soutien se manifeste de manière discrète. Les enfants et adolescents souhaitent en particulier accéder à une plus grande autonomie dans la gestion de leur maladie au niveau pratique, émotionnel ou même social. Ils expriment ainsi le besoin de développer des compétences pratiques pour gérer les soins liés à la maladie par eux-mêmes (apprendre les gestes des injections d'insuline, connaître les modalités de cuisson des aliments, etc.). Cette responsabilisation (*empowerment*) est importante tant chez les adolescents que chez les adultes. Des études ont d'ailleurs montré que des programmes d'empowerment aboutissent à une amélioration non seulement du sentiment d'efficacité personnelle¹ et du vécu du diabète, mais également du contrôle glycémique (voir par exemple Anderson, Funnell, Butler *et al.*, 1995).

Si le patient manifeste le besoin de développer une meilleure connaissance de son traitement et de sa gestion au quotidien, il est cependant nécessaire que ces informations soient communiquées de manière adaptée. Lorsqu'elles sont trop massives, elles peuvent générer un stress lié à la gravité des complications qui menacent le patient et à la multitude des comportements sains qu'il doit adopter pour les éviter. Affronter ce stress nécessite d'apprendre à le gérer. Cela permet de minimiser ses conséquences sur le diabète et de limiter les risques de complications cardiovasculaires. Ce point est développé plus loin dans la prise en charge psychologique du patient souffrant de diabète.

1. Le sentiment d'efficacité personnelle correspond à la croyance de l'individu en sa capacité à réaliser telle ou telle chose. Dire d'un patient qu'il a un sentiment d'efficacité personnelle élevé concernant le suivi des règles hygiénico-diététiques revient à dire que ce patient a le sentiment d'être capable de suivre les règles hygiénico-diététiques. Il a confiance en ses capacités à le faire.

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

3.1.1 Le dépistage

Le D2 est longtemps asymptomatique. C'est une maladie qui comporte essentiellement un signe biologique : une glycémie trop élevée. Les signes cliniques, et *a fortiori* les complications du diabète, sont des manifestations tardives de la maladie. Le diagnostic du D2 se fait souvent de façon fortuite à l'occasion d'un dépistage systématique ou de complications. Il consiste en un examen médical : deux prélèvements sanguins sont effectués sur le patient à jeun afin de mesurer sa glycémie (Buysschaert, 1998).

3.1.2 Le traitement

Le traitement du D2 repose sur cinq principes de base. Si l'équilibre glycémique est l'un des objectifs les plus importants, le traitement du D2 est fondamentalement préventif.

- 1) Il faut éduquer le patient au sujet de sa maladie, afin qu'il comprenne les risques de complications, les buts du traitement, les moyens de contrôler sa glycémie ainsi que les examens médicaux à réaliser. C'est dans cette optique qu'ont été créées des unités d'enseignement pour patients atteints de diabète, où une équipe (para-)médicale enseigne, tant sur le plan théorique que pratique, la gestion quotidienne de la maladie (voir par exemple Lacroix & Assal, 2003).
- 2) Il s'agit d'expliquer correctement mais simplement au patient l'ensemble des règles hygiéno-diététiques (*cf. supra*) qu'il va devoir suivre.
- 3) Déterminer le traitement médicamenteux, qui passe souvent par la prescription d'antidiabétiques oraux (ou ADO) hypoglycémiants visant à assurer l'équilibre glycémique. Lorsqu'une résistance à ces ADO est observée, les patients ont recours à l'insulinothérapie consistant en deux injections d'insuline par jour, en complément ou remplacement des ADO. Les possibles effets secondaires des ADO et de l'insuline sont une hypoglycémie, une prise ou une perte de poids, une toxicité hépatique, des nausées, des désagréments gastro-intestinaux.
- 4) Prévenir et/ou traiter les complications. Fischer-Ghanassia et Ghanassia (2010) précisent qu'il faut ainsi mesurer tous les trois mois le taux de l'hémoglobine glyquée, reflétant fidèlement l'équilibre

glycémique global des trois mois précédents. Des examens complémentaires (cardiovasculaires, neurologiques, rénaux, podologiques, ophtalmologiques, dermatologiques, uro-génitaux et respiratoires) sont nécessaires.

- 5) Promouvoir l'adhésion du patient au traitement, afin qu'il préserve sa santé et réduise les risques de complications. En effet, plus de 80 % des patients atteints de diabète ne suivent pas leur régime et 50 % oublient de prendre leur comprimé au moins une fois par semaine (Grimaldi *et al.*, 2005). Il est donc fondamental de travailler la motivation des patients et de ne pas se contenter d'uniquement fournir des connaissances sur les règles hygiénico-diététiques (Sultan, Hatremann-Heurtier & Grimaldi, 2003).

3.2 Prise en charge psychologique

Le patient atteint d'un D2 est confronté à deux problématiques psychologiques majeures : la difficulté à s'autoréguler (diète, exercices, traitement...) et la détresse émotionnelle liée à cette difficulté. La littérature consacrée à la prise en charge psychologique des patients souffrant de diabète recommande un large éventail d'interventions issues de divers modèles thérapeutiques. Toutes n'ont cependant qu'un même double objectif : améliorer l'autorégulation et améliorer le bien-être, afin d'aboutir à un meilleur contrôle glycémique.

Peyrot et Rubin (2007) ont proposé un modèle offrant aux praticiens une trame générale d'interventions parmi les plus citées dans la littérature. Nous nous en inspirerons pour présenter une prise en charge intégrative ciblant, d'une part des aspects comportementaux et, d'autre part des aspects émotionnels liés à l'adaptation au D2.

3.2.1 Interventions visant le changement du comportement

L'adoption de styles de vie et de comportements adaptés au traitement du D2 repose sur la motivation du patient et son engagement personnel. Les difficultés des patients à se plier aux contraintes du diabète ont été largement documentées (Sultan *et al.*, 2003). L'approche adoptée est par conséquent centrée sur la perspective du patient et son expérience de la maladie. L'accompagnement psychologique des patients dans le processus complexe du changement de comportement nécessite une collaboration guidée par le patient : son problème, ses intentions, ses objectifs et ses stratégies d'ajustement à la maladie. Le rôle du thérapeute est de s'adapter aux étapes du changement que traverse le patient. Il doit

pour cela faire preuve d'empathie (en respectant le point de vue du sujet) et composer avec les résistances du patient en ayant pour objectifs de travailler sur son ambivalence et de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle pour finalement encourager son autonomie. Ainsi, la prise en charge proposée repose sur le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982, cf. figure 7.1) et emprunte une grande part des principes de l'entretien motivationnel (Knight, McGowan, Dickens & Bundy, 2006 ; Miller & Rollnick, 2002), mais aussi des techniques des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

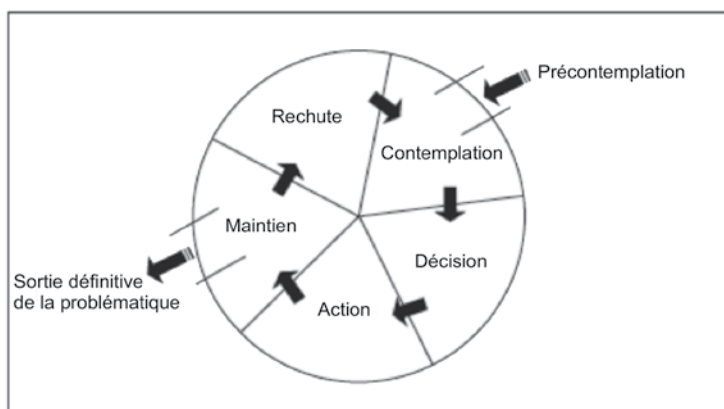


Figure 7.1 – *Modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (Rossier, Zimmermann & Besson, 2009)*

■ **Accepter le problème : accepter d'être malade quand on ne se sent pas malade**

Comme le soulignent très justement Sultan *et al.* (2003, p. 25), le diabète a ceci de particulier qu'il s'agit d'une maladie qui reste longtemps asymptomatique, sans douleur, qui se révèle essentiellement au sujet par les contraintes du traitement. « L'absence d'inscription corporelle (...) constitue une entrave à l'inscription psychique et donc à la représentation imaginaire de la maladie diabétique. Or, se représenter la maladie n'est pas uniquement nécessaire pour aborder la question du traitement (...) mais aussi central pour s'approprier la maladie, l'état d'être malade ». Au stade de la précontemplation (le plus souvent en début de maladie), le patient ne reconnaît pas la nécessité d'un changement soit par défaut d'informations sur sa maladie, soit par évitement. Le corps médical peut alors l'informer sur le diabète, son traitement et ses complications. Il s'agit de favoriser la perception de la maladie et la menace qu'elle représente, un prérequis fondamental pour envisager le changement

de comportement. Dans cet objectif, le rôle du psychologue consiste à encourager le patient à prendre conscience des sensations physiques liées à l'hyperglycémie, et à les reconnaître comme des symptômes.

Le psychologue doit s'adapter aux spécificités de chaque patient et au regard que celui-ci peut avoir sur son intervention. Trois étapes nous permettent de garantir la bonne prise en charge psychologique du patient : l'identification de ses ressources et de ses facteurs de risques, la clarification de sa compréhension de la maladie et des risques dans lesquels il s'est parfois engagé, et la mise en place avec lui des changements propices à une meilleure prise en charge de sa pathologie.

■ Définir le problème

Durant la phase de contemplation, le patient est conscient de la nécessité de changer son comportement. Afin d'enclencher le processus du changement, il faut avant tout l'aider à définir de manière claire et concrète les difficultés qu'il rencontre dans la gestion de son diabète, et qu'il souhaiterait cibler au cours de la prise en charge. Les études montrent que les comportements d'autorégulation sont largement indépendants les uns des autres (un patient peut arriver à modifier ses habitudes d'exercice physique sans arriver à modifier ses habitudes alimentaires). Les changements les plus difficiles pour les patients concerneraient les habitudes alimentaires, suivies de l'exercice physique (Sultan *et al.*, 2003). Les patients rencontreraient moins de problèmes dans la prise de médicaments, même si certaines études suggèrent que 50 % des patients oublieraient de prendre leurs comprimés au moins deux fois par semaine (Grimaldi & Hartemann-Heurtier, 2001).

Le psychologue intervient par des questions relatives à la source du problème et aux conditions dans lesquelles il est rencontré. Cette démarche permet non seulement de définir des objectifs clairs pour la prise en charge, mais aussi de réduire l'impression du patient d'être dépassé par des difficultés trop importantes, vectrices de résistance au changement. Travailler sur l'ambivalence liée aux avantages et inconvénients des recommandations est déterminant pour le passage à l'action. Souligner que le choix incombe au patient (en mettant l'accent sur ses besoins et désirs), permet au sujet atteint de diabète de se sentir soutenu, sans pression extérieure (les prescriptions), dans ses propres décisions pour résoudre cette ambivalence.

■ Définir les objectifs

Dans un second temps, il s'agit de fixer les objectifs de l'intervention. Traduisant les intentions du patient et définis en collaboration, ces objectifs spécifiques (visant l'action concrète, le comportement), mesurables (nombre, fréquence) et psychologiques (plutôt que physiologiques) doivent être à la fois réalistes et ambitieux pour favoriser le sentiment d'accomplissement personnel. Ils donneront lieu à la définition d'une première étape (faire 10 minutes de marche par jour et remplacer les sodas sucrés par leur version light) qui facilitera l'initiation du changement de comportement. Il est fondamental d'insister sur l'aspect progressif du changement. Il ne faut par exemple pas proposer de modifier simultanément les habitudes alimentaires et les habitudes tabagiques. Cela démotiverait le patient et entraverait l'adhésion au changement. Au contraire, il est essentiel de procéder étape par étape.

■ Résoudre les problèmes

En phase d'action, le patient sera probablement confronté à des problèmes qui perturberont sa progression et qu'il devra résoudre en développant, avec l'aide du psychologue, des stratégies. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier les obstacles rencontrés. Il peut s'agir de cognitions (par exemple la croyance que le traitement n'est pas efficace, la croyance qu'on n'y arrivera jamais), d'émotions (frustration, insatisfaction), de problèmes liés au réseau social (faible soutien social), aux ressources du patient (manque de temps ou d'argent) ou à l'environnement physique (infrastructures peu accessibles). Pour développer des stratégies de résolution de ces problèmes, il est également important de déterminer comment et pourquoi ils font obstacle au succès du patient.

Par exemple, l'un des problèmes que rencontre Mme J. vis-à-vis de son traitement est cognitif : elle associe ses médicaments à du poison en raison de leur haute teneur en produits chimiques. Leur consommation se heurte au style de vie qu'elle a choisi, qui se veut proche de la nature.

À cette étape, il est important que le patient élabore par lui-même les stratégies efficaces pour surmonter les obstacles et reproduire les succès obtenus. Le rôle du psychologue est simplement d'élargir l'éventail des possibilités du patient en l'aidant à considérer l'ensemble des alternatives possibles.

■ Le changement contractuel

Vient ensuite le stade du changement de comportement sous-tendu par le « contrat comportemental ». Ce contrat vise à établir par écrit,

et avec l'approbation du patient, les buts et les stratégies qui vont être mis en place à un moment donné et pour une période déterminée. Il est remis au patient pour lui servir de rappel des objectifs entre deux séances.

Pendant cette période, le patient est invité à consigner par écrit ses succès, ses échecs ou rechutes, ainsi que les raisons expliquant leur survenue. Ces comptes-rendus sont ensuite discutés avec le thérapeute dans le but d'adapter les stratégies aux progrès et à la résistance du patient. Lorsqu'il n'atteint pas les objectifs stipulés, les stratégies choisies sont évaluées pour être ensuite modifiées ou abandonnées. Des stratégies alternatives peuvent alors être envisagées.

Mme J., qui n'ose pas sortir ni faire le moindre exercice physique sans sa fille, peut avoir pour objectif de se promener seule régulièrement. Une stratégie pour ce faire pourrait consister à réduire ses achats lorsqu'elle fait ses courses, afin que celles-ci soient plus fréquentes et qu'elle sorte davantage. S'il s'avère, après quelques essais, que Mme J. ne supporte plus de faire la queue au supermarché, une autre stratégie peut être envisagée : avoir une conversation téléphonique avec sa fille d'abord pendant ses promenades, puis au moment de les initier, et finalement plus du tout, afin qu'elle acquière une autonomie complète.

Les traces écrites des progrès du patient permettent d'identifier les obstacles rencontrés, de travailler sur son ambivalence et de mettre l'accent sur ses succès. Cette méthode se fonde sur les relations qu'entretiennent la motivation, le sentiment d'efficacité personnelle et le comportement à travers le renforcement : plus les compétences du patient sont mises en valeur (renforcées), plus son sentiment d'efficacité personnelle est important et plus il se sent capable donc motivé à maintenir un comportement source de récompenses.

■ *Un soutien continu*

Enfin, l'intervention auprès du patient doit avoir lieu sur le long terme afin d'éviter les risques de rechute importants durant la phase de maintien. En effet, un déclin de l'observance acquise (témoignant d'un retour à un stade antérieur du processus) apparaît fréquemment. Il s'agit d'encourager le patient à adopter certaines attitudes face aux écarts de conduite. Le psychologue tente alors de l'aider à développer des repères permettant d'identifier en quoi consistent ces écarts et à mettre en place des stratégies pour les prévenir. Il est important de mettre l'accent sur le fait que le patient a déjà traversé certaines étapes et dispose de stratégies. Cela permet d'éviter le sentiment de démoralisation associé à la régression qui ne peut être qu'un frein à une nouvelle progression.

3.2.2 Interventions visant le bien-être émotionnel

La réticence ou l'incapacité à suivre les recommandations de soins malgré une reconnaissance de leur nécessité est fréquemment source de détresse émotionnelle. Celle-ci peut être exprimée sous différentes formes par le patient, notamment en termes de découragement et d'impuissance (Peyrot & Rubin, 2007). Cette détresse peut provenir de différentes sources : une difficulté à accepter la maladie, l'impression d'être accablé par les contraintes du traitement, une réaction aux complications du diabète, un faible soutien social, etc¹. Elle peut aussi prendre différentes formes, allant d'une détresse subclinique à des troubles anxieux ou de la dépression.

Quelle que soit sa forme, la détresse émotionnelle doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des praticiens. En effet, elle rend l'autorégulation beaucoup plus difficile et amoindrit de ce fait le contrôle glycémique. Le patient peut alors tomber dans un véritable cercle vicieux où la détresse amoindrit le contrôle glycémique, aggravant en retour la détresse. Il est donc fondamental d'agir précocement sur la détresse. Les études montrent que diminuer la détresse émotionnelle, par médicament² ou psychothérapie, permet d'améliorer le contrôle glycémique. La psychothérapie ayant fait l'objet du plus de recherches à ce jour pour traiter la détresse émotionnelle du patient atteint de diabète est la TCC (Ismail, Winkley & Rabe-Hesketh, 2004 ; Lustman, Griffith, Freedland *et al.*, 1998).

Selon les théories cognitivo-comportementales, émotions, cognitions et comportements sont étroitement liés, si bien que modifier l'une des composantes aura des effets sur les autres. Ainsi, lorsque la détresse du patient est la conséquence directe d'une difficulté à s'ajuster à la maladie, la plupart des interventions visant le changement du comportement (le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle, l'établissement de buts réalistes, etc.) participent à sa réduction. À l'inverse, toute intervention visant à réduire la détresse émotionnelle aura en retour un effet bénéfique sur le comportement. Quelle que soit sa source (événements de vie, soutien social inadéquat, etc.), la détresse émotionnelle a un impact sur la gestion de la maladie (en raison de symptômes qui entravent la planification ou la résolution de problèmes nécessaires à une autoré-

1. Il est à noter qu'il est possible que le diabète et la dépression soient tous deux les conséquences d'un dysfonctionnement systémique complexe plus global impliquant des aspects d'inflammation, d'immunité etc. Des recherches ultérieures devront le préciser.

2. Des études ont montré que les antidépresseurs amélioraient le contrôle métabolique.

gulation efficace : abattement, pensées pessimistes, manque d'énergie, difficultés de concentration et rumination ; Sultan, 2010). Elle doit donc impérativement être traitée. Nous proposons ci-dessous quelques techniques thérapeutiques pour ce faire.

■ *La restructuration cognitive*

Les interventions cognitives ont pour objectif de modifier les pensées à l'origine de sa détresse ou de sa faible motivation au changement.

Modifier les croyances erronées. Dans bien des cas, des pensées négatives automatiques et des distorsions cognitives entretiennent la détresse et/ou le non-changement. Par exemple, un patient déprimé peut penser que l'activité physique n'aura aucun effet bénéfique car il n'est pas suffisamment endurant. Il s'agit d'une inférence arbitraire : il tire des conclusions en l'absence de preuves solides. La restructuration cognitive vise à faire prendre conscience au patient que ses émotions négatives sont issues de distorsions cognitives. Il s'agit ensuite de modifier ces dernières (*cf.* tableau 7.2) afin de le libérer de sa détresse et des comportements indésirables qui en sont la conséquence.

Tableau 7.2 – *Exemples de techniques de modification des pensées automatiques*

Techniques	Objectifs
Examen critique	Examiner les preuves qui appuient la véracité de la pensée traitée et qui au contraire la contredisent
Recherche d'alternatives	Comparer son interprétation d'une situation à d'autres interprétations possibles
Décentration	Imaginer ce que penserait un proche dans la même situation
Épreuve de la réalité	Tester ses hypothèses (anticipation d'un échec, par exemple) sur le terrain et en déduire de nouvelles probabilités
Pensées optimistes	Rechercher les bénéfices de chaque situation, même les plus négatives

Renforcer la résistance à la tentation. Outre le fait qu'il doit présenter de nouveaux comportements (faire de l'exercice, par exemple), le sujet souffrant de diabète doit désapprendre d'anciens comportements (comme manger des sucreries ou boire des sodas). Il va donc devoir apprendre à résister à la tentation. Dans ce contexte, la restructuration cognitive va l'aider à modifier la valeur de la tentation et celle du comportement. Le plus souvent, la tentation (du gâteau, par exemple)

est perçue positivement et l'idée d'y succomber suscite des émotions positives (plaisir). À l'inverse, les règles diététiques sont perçues négativement et engendrent des émotions négatives (frustration, colère). La réévaluation cognitive consistera à modifier la valeur de la tentation, afin que celle-ci génère des émotions négatives (associer cognitivement le gâteau au caramel dans le sang ou encore à l'une des complications possibles) et qu'y résister engendre des émotions positives (fierté, satisfaction, impression de pureté et de santé).

■ *L'acceptation et l'engagement*

Une autre méthode particulièrement adaptée est l'*Acceptance and Commitment Therapy* (voir en français Schoendorff, Grand & Bolduc, 2011 pour un guide clinique). Celle-ci repose sur trois piliers : l'acceptation, la défusion cognitive et l'engagement.

- 1) Accepter ce qu'on ne peut pas modifier. La thérapie vise à apprendre au patient à accepter sa maladie ainsi que les restrictions qu'elle implique. Le fait d'accepter le caractère chronique de la maladie est particulièrement important : une étude de Sultan, Attali, Gilberg *et al.* (2011) a montré que le fait de se représenter la maladie comme chronique (ce qu'elle est) améliore le suivi des règles diététiques et le monitoring de la glycémie.
- 2) Considérer ses pensées comme des événements qui n'ont pas à être crus ou suivis. L'idée centrale ici est non pas de modifier les pensées, mais d'apprendre à s'en distancier. Par exemple, le fait de penser que je n'arriverai jamais à me priver de sodas ne signifie pas que c'est vrai ; ma pensée n'est qu'une pensée, elle ne reflète pas forcément la vérité. De même, penser que j'ai terriblement envie de manger ce gâteau ne signifie pas que je dois absolument manger ce gâteau. L'objectif est donc de prendre de la distance avec ses pensées, afin de diminuer l'impact émotionnel de la diète.
- 3) Déterminer ses valeurs, ses objectifs dans la vie, et agir en cohérence avec ceux-ci. Il s'agit ici de clarifier ce qu'on veut et d'agir en conséquence. Ceci aide à donner sens aux restrictions et, indirectement, à les suivre.

Il est à noter que ces techniques doivent prendre place dans un espace de parole ouvert et bienveillant. L'attitude rogérienne (empathie, bienveillance, considération positive inconditionnelle) est ici fondamentale pour créer l'alliance thérapeutique. Le patient doit pouvoir trouver un endroit qui lui permette d'exprimer librement ses peurs et ses perceptions de la maladie ; il doit avoir confiance en son thérapeute et sentir

que celui-ci a confiance en lui. Il doit également sentir que ce dernier ne le jugera pas, même s'il éprouve des difficultés à mettre en œuvre les changements de comportement nécessaires.

3.2.3 Interventions auprès du personnel médical

Outre leurs interventions directes auprès des patients, les psychologues ont aussi un rôle à jouer auprès des médecins. Ils peuvent, en particulier, attirer l'attention de ces derniers sur deux points (Sultan, 2003, 2010 ; Sultan *et al.*, 2003) :

- 1) L'importance que le médecin se fasse une idée relativement précise des croyances du patient vis-à-vis de sa maladie. Certaines représentations (comme l'idée que le diabète est une condition réversible ou cyclique, ou que le traitement ne peut pas contrôler la maladie) entravent la prise en charge. Il est donc important que le médecin se fasse une idée précise des représentations du patient et prenne, en consultation, le temps de les modifier. Une étude a en effet montré que lorsque les médecins ont une perception plus correcte des représentations de leur patient, le contrôle glycémique de ce dernier est meilleur (Sultan *et al.*, 2011).
- 2) L'importance de considérer le patient comme une personne dans sa globalité et non uniquement comme « un sujet malade, un diabétique dont il faut contrôler la glycémie ». Le médecin n'est pas uniquement là pour permettre aux patients de contrôler leur glycémie mais, surtout, pour leur permettre de vivre une longue vie agréable. Il faut donc prendre en compte ce que cette vie signifie pour la personne. « La prise en compte la qualité de vie des malades signifie une attention plus importante portée à la diminution des contraintes et un changement relatif de point de vue, le critère d'efficacité prenant en compte l'équilibre somatique (biologique) mais aussi psychologique. (...) L'idée de cette approche centrée sur le patient est de prendre en compte les priorités et préoccupations du malade au même niveau que celles du médecin, de travailler en commun avec le patient pour élaborer un traitement personnel visant à protéger la qualité de vie à court terme aussi bien qu'à long terme » (Sultan *et al.* 2003, p. 28). Le médecin ne perdra pas au change car une meilleure qualité de vie et une introduction progressive des contraintes favorisent l'adhésion au traitement tout en diminuant la détresse.

4. Conclusion

Le diabète de type 2 est considéré depuis longtemps comme une maladie asymptomatique. Son traitement, de longue durée, repose en grande partie sur l'adoption ou le maintien de comportements sains (l'hygiène alimentaire et l'activité physique, notamment) afin de prévenir d'éventuelles complications médicales (cécité, amputation, troubles neurologiques...). Les deux objectifs principaux de la prise en charge des personnes atteintes de diabète sont d'une part d'augmenter l'adhésion aux recommandations diététiques et physiques, et d'autre part de diminuer la détresse émotionnelle (dépression, anxiété). Cette dernière, fréquente chez ces patients, est particulièrement problématique car elle réduit l'observance au traitement et aggrave la maladie. Le psychologue a pour rôle d'aider le patient à s'adapter à son diabète, et ainsi améliorer son bien-être et sa qualité de vie.

Pour aller plus loin



GRIMALDI, HARTEMANN-HEURTIER, HALBRON & SACHON (Eds.). (2009). *Guide pratique du diabète*. Paris : Masson.

SIMON, TRAYNARD, BOURDILLON, GAGNAYRE & GRIMALDI (2009). *Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Paris : Masson.

LACROIX, A. & ASSAL, J. P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Maloine.

L'INFARCTUS DU MYOCARDE¹

1. Par Katia Bessa de Oliveira, Céline Delhayé, Emilie Hosselet, Amélie Lobet, Tania Mendoza Facchino, Lindy Remy, Marie Renauld et Amandine Thomas.

Expert-relecteur : Elise Marchetti, psychologue clinicienne et de la santé, Verdun (France).

Les auteurs remercient les patients qui ont accepté de témoigner dans le cadre de la rédaction de ce chapitre, de même que les deux professionnels : Madame Kim Bardiau, psychologue à la Clinique universitaire de Mont-Godinne dans le service de cardiologie et de transplantation, Université catholique de Louvain, Mont-Godinne (Belgique), et Madame Adèle Hermann, psychologue à la Clinique St-Luc à Bouge dans le Service de revalidation cardiaque, Namur (Belgique).

Sommaire

1.Prévalence.....	151
2.Présentation de la maladie.....	151
3.Comorbidités psychologiques et besoins psychosociaux.....	152
3.1 L'anxiété.....	153
3.2 La dépression	153
3.3 La fatigue mentale	154
3.4 Le stress post-traumatique (PTSD)	155
3.5 Les difficultés conjugales	155
3.6 Autres comorbidités psychologiques	156
3.7 Les besoins psychosociaux des patients	156
4.Prise en charge	159
4.1 Prise en charge médicale.....	159
4.2 Prise en charge psychologique.....	161
5.Conclusion	170

1. Prévalence

Actuellement, les maladies cardiovasculaires (MCV), et plus particulièrement l'infarctus du myocarde (IM), constituent la première cause de mortalité dans le monde. En 2003, l'OMS estimait le nombre de décès provoqués par un IM à 7,3 millions (Baudin, Cohen, Berthelot-Garcias *et al.*, 2009). 85 % de ces décès se produisent chez des sujets âgés de plus de 65 ans. Le risque de souffrir d'un infarctus du myocarde augmente avec l'âge, à partir de 45 ans chez l'homme et 55 ans chez la femme. En Belgique, on dénombre 15 000 cas d'infarctus du myocarde par an, ceux-ci s'avérant fatals dans la moitié des cas.

L'IM touche plus fréquemment les hommes que les femmes, les œstrogènes jouant un rôle protecteur chez ces dernières. Cependant, après la ménopause, elles courent les mêmes risques de subir un IM que les hommes. L'IM est fatal pour 55 % des femmes touchées contre 49 % chez les hommes. Si seul un quart des premiers infarctus se manifestent chez l'homme avant 55 ans, le tiers de ceux-ci sont fatals (Ligue cardiologique Belge, 2011). Malgré les améliorations dans la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, l'OMS estime à 23,6 millions les personnes qui mourront d'une MCV d'ici 2030. Ces maladies devraient donc rester la première cause de mortalité dans le monde.

2. Présentation de la maladie

L'infarctus du myocarde, communément appelé crise cardiaque, se produit à l'interruption du flux sanguin au niveau du myocarde. Ce processus, très rapide, peut entraîner la destruction du muscle cardiaque (myocarde) en quelques heures. L'infarctus est causé par une athérosclérose, consistant en l'épaississement de la paroi artérielle par des plaques d'athérome¹, pouvant conduire au rétrécissement de l'artère (sténose), puis à son éventuelle obstruction (thrombose) par un caillot de sang. Celui-ci va empêcher le sang et l'oxygène d'arriver jusqu'au cœur, ce qui va entraîner une mort progressive du muscle dans les 6 heures suivant les premiers signaux de souffrance (nécrose). Le sujet ressent alors une

1. Modification de la paroi des artères en raison d'une accumulation de lipides, glucides complexes, sang et produits sanguins, tissus adipeux, dépôts calcaires et autres minéraux.

douleur thoracique écrasante durant plus de 20 minutes ou survenant plus de deux fois en une heure. Cette douleur peut irradier vers les épaules, les bras, le cou, le menton, la mâchoire ou les dents. Le patient est également susceptible d'avoir des nausées, sueurs froides, vertiges, essoufflements ainsi qu'une transpiration abondante. Cette situation pourrait déclencher une crise d'angoisse chez certaines personnes. Il est à noter que les symptômes varient d'une personne à l'autre (Ligue cardiologique belge, 2011).

L'IM affecte souvent de manière importante la qualité de vie du patient. Outre son retentissement psychologique, l'IM détériore la santé physique et les fonctions corporelles de l'individu. Celui-ci éprouve une plus grande fatigue, des douleurs à la poitrine et s'essouffle plus rapidement. Il est plus limité dans sa mobilité, ce qui engendre une diminution de ses capacités fonctionnelles (Santos-Eggimann, 2006).

Enfin, l'infarctus du myocarde est une maladie récidivante impliquant donc un changement des comportements et du style de vie du patient. Il est important d'identifier et d'agir sur les facteurs de risque qui ont abouti au premier accident. En effet, si les patients continuent à fumer, à rester sédentaires, et à avoir une hygiène alimentaire inadaptée, ils présentent près de quatre fois plus de risques de récidiver dans les 6 mois. Les facteurs de risque les plus connus sont l'âge (> 45 ans), le sexe (masculin), les antécédents familiaux, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète de type II, l'obésité, le tabac, la sédentarité et le stress.

3. Comorbidités psychologiques et besoins psychosociaux

Les personnes ayant développé une maladie physique traversent souvent une période difficile durant laquelle elles doivent s'adapter aux changements engendrés par leur nouvel état de santé (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2005). L'infarctus du myocarde demeure une maladie potentiellement mortelle et constitue *de facto* un événement bouleversant. Il n'est donc pas surprenant qu'elle occasionne détresse et altération de la qualité de vie chez le patient, ses proches et principalement son partenaire (Thompson & Lewin, 2000). La littérature fait état de différentes réactions psychologiques à la suite d'un infarctus du myocarde : anxiété, dépression, stress post-traumatique, fatigue,

problèmes relationnels, déni, irritabilité, manque de concentration et troubles de la mémoire, troubles sexuels, etc. Nous détaillerons ci-après les comorbidités psychologiques les plus recensées dans la littérature. Dans la seconde partie, nous nous attarderons sur les besoins psychosociaux qui en découlent.

3.1 L'anxiété

La première réaction généralement rencontrée par les individus après un IM est l'anxiété, réaction naturelle en réponse à un danger. Selon les études, un quart des patients présentent un degré élevé d'anxiété juste après un IM. Cette anxiété tend à persister pendant l'année qui suit. Il est à noter que les patients ayant déjà connu des soucis cardiaques montrent davantage de signes d'anxiété que les autres juste après un IM (Boersma, Maes & Joeques, 2005). On note aussi des niveaux plus élevés d'anxiété après un accident cardiaque pour des patients en grande détresse émotionnelle au moment de l'IM (Whitehead, Strike, Perkins-Porras & Steptoe, 2005).

Parfois, l'anxiété survient de manière différée. Monsieur A. explique que, dans les jours qui ont suivi son infarctus, il ne se sentait pas spécialement anxieux quant à la probabilité d'une rechute. Il l'est devenu lorsqu'il s'est rendu compte qu'il ne parvenait pas à arrêter de fumer. Il est conscient que cela peut arriver à tout moment et craint que cela ne se produise pendant qu'il conduit, vu la possibilité de provoquer des dégâts collatéraux.

Afin de protéger leur cœur et de diminuer leur anxiété, les patients auraient tendance à réduire leur vie sociale et leur activité physique. Le paradoxe est qu'en les diminuant, ils se déconditionnent, se fatiguent davantage et se laissent plus facilement submerger par leurs symptômes. Il en ressort, *in fine*, une anxiété accrue (Thompson & Lewin, 2000).

3.2 La dépression

La dépression est le trouble psychologique le plus recensé dans la littérature scientifique à la suite d'un infarctus du myocarde. La prévalence d'une dépression mineure ou majeure après un IM a été estimée entre 16 et 45 % (Thombs, Boss, Ford *et al.*, 2006). Elle est souvent liée à des perturbations dans la vie affective, familiale et professionnelle du patient ainsi qu'aux difficultés liées à leur dépendance envers le corps médical (Debray, Granger & Azais, 2010). L'IM est souvent perçu comme « un

éclair dans un ciel serein », une perturbation biographique qui remet tout en question, perturbe les rapports conjugaux et familiaux et modifie le rythme professionnel.

Certains facteurs augmentent le risque de développer une dépression post-IM :

- le niveau de détresse émotionnelle au moment de l'IM (Whitehead *et al.*, 2005) ;
- la vulnérabilité prémorbide à la dépression et à l'épuisement ;
- un soutien social faible ;
- un infarctus du myocarde compliqué¹ (Spijkerman, van den Brink, Jansen *et al.*, 2005) ;
- l'âge (< 45 ans) ;
- une basse fraction d'éjection ventriculaire gauche (la systole).

Ces facteurs doivent retenir toute l'attention des cliniciens. On peut détecter durant l'hospitalisation les signes précurseurs d'une dépression au moyen du BDI (*Beck Depression Inventory*).

3.3 La fatigue mentale

Selon Bass et Ford (2006), la fatigue mentale et la dépression sont les symptômes les plus fréquents après un IM. Cependant, la dépression et la fatigue mentale ne sont pas automatiquement corrélées. De fait, 33 % des sujets rapportent être psychiquement fatigués sans pour autant être dépressifs. Toutefois, la fatigue augmente la probabilité de dépression après un IM (Falger, Honig, Lousberg *et al.*, 2000).

Il est également important de souligner que les patients ayant vécu un IM obtiennent un score plus élevé sur l'échelle multidimensionnelle de la fatigue que les patients souffrant d'une autre maladie cardiaque ou encore de rhumatismes. Cette fatigue doit aussi attirer l'attention des cliniciens car elle peut refléter une difficulté d'ajustement à la maladie et aux remaniements identitaires qu'elle implique (voir section 4.2.4 de ce chapitre).

1. Il existe des complications précoces et tardives de l'IM. Les principales complications précoces sont l'insuffisance cardiaque, le choc cardiogénique, l'embolie d'origine cardiaque, les troubles du rythme, les troubles de conduction, la récurrence dans le même territoire ou l'extension à un autre territoire, la tamponnade et la rupture myocardique. Parmi les complications tardives, on retrouve les troubles du rythme ventriculaire, l'angor de nouveau, l'anévrisme pariétal, l'insuffisance cardiaque et le syndrome de Dressler (Sendé, 2009).

3.4 Le stress post-traumatique (PTSD)

Il est également possible de développer un PTSD après un IM (Chung, Berger, Jones & Rudd, 2008). Aussi, l'IM engendre plus souvent un PTSD que d'autres maladies cardiaques : 83 % des patients sont plus susceptibles d'en développer un après un premier IM et 17 % après un second. Il s'avère qu'après l'apparition du deuxième IM, les patients sont plus aptes à surmonter la situation car ils savent à quoi s'attendre (Chung *et al.*, 2008).

3.5 Les difficultés conjugales

Une méta-analyse (Dalteg, Benzein, Fridlund & Malm, 2011) a recensé les conséquences d'un IM sur la qualité de vie des couples. Cinq problèmes récurrents ont été identifiés :

- 1) La surprotection : le patient cardiaque se sent surprotégé par son partenaire, ce qui engendre de l'anxiété, de la frustration, de la dépression et du ressentiment. Cette surprotection est souvent une manière pour le partenaire de gérer ses propres émotions et inquiétudes. Dans le cas où la surprotection deviendrait trop envahissante et ingérable pour le patient, il importera d'aider le conjoint à gérer ses émotions afin qu'il puisse « lâcher prise ».
- 2) Le manque de communication : les couples éprouvent souvent des difficultés à parler de la maladie ou des émotions qu'elle engendre.
- 3) Les problèmes sexuels : la dépression, l'anxiété, la baisse d'estime de soi ou encore la fatigue contribuent à une diminution de l'activité sexuelle, ce qui entrave la qualité de la relation de couple.
- 4) Les changements des rôles domestiques : le conjoint en bonne santé prend un rôle de soignant plutôt qu'un rôle de partenaire amoureux. Il assume également plus de tâches domestiques, ce qui suscite de la frustration et/ou de l'anxiété (lorsque qu'il est amené à effectuer une tâche autrefois assumée par le patient).
- 5) L'ajustement à la maladie : les couples doivent intégrer de nouvelles routines de vie et des régimes alimentaires qui, pour certains, sont vécus comme des stressseurs.

Notons que tous les couples ne souffrent pas de la même manière après un IM. Pour certains, l'IM augmente l'affection et la solidarité. Monsieur A. explique que sa femme avait eu tellement peur qu'il décède lors de

son infarctus, qu'elle lui envoie régulièrement des messages pour savoir si tout va bien. Toutefois, cette surprotection ne l'ennuie pas.

3.6 Autres comorbidités psychologiques

Après un IM, les patients peuvent également montrer de l'irritabilité, des problèmes cognitifs (mémoire et concentration) – souvent la conséquence de l'anxiété, de la dépression ou du PTSD – et de l'hypersensibilité aux sensations somatiques mineures (Thompson & Lewin, 2000). Étant donné qu'il n'existe presque pas de littérature scientifique traitant de ces problèmes, il serait intéressant de mener de nouvelles études afin d'approfondir ces différents points.

3.7 Les besoins psychosociaux des patients

3.7.1 Au niveau cognitif : Le besoin de compréhension

■ *Le besoin d'information*

La plupart du temps, les patients ont l'impression que les informations reçues après leur hospitalisation ne sont ni suffisantes ni efficaces. Pourtant, la loi reconnaît aux patients le droit à l'information. Il est donc important de prendre le temps de répondre à leurs questions et de leur communiquer les informations nécessaires à une bonne réadaptation. Les études suggèrent que les patients souhaitent des informations individualisées, prioritairement sur les facteurs de risque, l'activité physique, les médicaments, l'anatomie et la physiologie, et secondairement sur les régimes alimentaires et les problèmes psychologiques (Scott & Thompson, 2003). Nous y reviendrons dans la section 4.2.2 consacrée à la psychoéducation.

Il est à noter que la communication de l'information doit être individualisée dans tous les sens du terme : au niveau des facteurs de risque spécifiques au sujet (il est inutile de s'attarder sur les effets néfastes du tabagisme s'il ne fume pas), en fonction du moment (il est inutile de donner l'information quand le patient n'est pas encore en mesure de l'intégrer) et de la personnalité du patient (certains préfèrent tout savoir en détail, d'autre préfèrent qu'on s'en tienne au strict nécessaire). Ceci étant posé, une information floue, partielle ou édulcorée, sous couvert de vouloir préserver le patient (mais bien souvent en réalité, pour s'épargner soi-même d'avoir à gérer d'éventuelles réactions émotionnelles du patient) est forcément délétère.

Le psychologue n'est souvent pas celui qui donne les informations médicales aux patients (il y contribue parfois au travers de la psychoéducation) mais il veillera à ce qu'ils disposent des informations dont ils ont besoin. Il accordera également une attention particulière aux résistances inconscientes qu'ont certains sujets à intégrer l'information médicale donnée. Une étude de 1993 montrait déjà qu'un an après qu'un médecin leur ait donné le diagnostic d'hypercholestérolémie à la suite d'une analyse de sang, la moitié des hommes d'un échantillon pensent ne pas en souffrir. Après un IM, chaque patient se fait une théorie personnelle des causes de son infarctus. Lorsqu'il y a inadéquation entre la théorie étiologique subjective du patient et les causes réelles de la maladie, ces théories subjectives peuvent freiner l'acceptation, voire même la mémorisation des informations données par les soignants (Marchetti, Spitz, Webert & Schlessler, 2007). Il est à noter que les théories étiologiques subjectives peuvent persister même après information médicale complète sur les facteurs de risque. Il n'est pas rare de voir un patient développer toute une argumentation selon laquelle le tabac n'est en aucun cas responsable de son IM, que les médecins se trompent complètement à son sujet, et décréter qu'en conséquence, il peut continuer à fumer sans crainte (Marchetti, communication personnelle).

La spécificité du psychologue (entretiens longs, neutralité bienveillante, etc.) le met en bonne place pour, d'une part recueillir les émotions et pensées des patients par rapport aux informations qu'ils reçoivent du corps médical, et d'autre part, accompagner l'intégration psychique de ces informations.

■ *Le besoin de cohérence, de sens*

D'une manière générale, l'homme a besoin d'interpréter ce qui lui arrive, de comprendre et d'y trouver du sens ; l'IM marque un choc, une rupture. Pour pouvoir y faire face, le sujet va tenter de comprendre sa maladie, d'y trouver un sens. Il se met à penser l'infarctus et va développer des perceptions, des représentations subjectives, personnelles, de ses symptômes/de sa maladie. Ces représentations sont à la fois cognitives (identité, causes, durée, contrôle personnel, conséquences, cohérence) et émotionnelles. Les théories causales que le patient se fait de l'IM lui permettent de donner un sens à ce qui lui arrive. Comme mentionné au point précédent, ces représentations (« J'ai fait un infarctus parce que j'ai été punie par Dieu pour avoir déserté l'Église. » donc « Je dois retourner à l'Église pour me protéger d'une rechute. ») entrent parfois en conflit avec les facteurs de risque réels (« Le fait que je fume 2 paquets de cigarette par jour depuis 20 ans n'a rien à voir. » donc « Je peux continuer

à fumer. »). Le psychologue devra tâcher d'intégrer les représentations personnelles de la maladie avec ces facteurs de risque réels.

Il est à noter que le besoin de sens passe aussi par une nécessaire mise en temporalité de l'infarctus : il y a l'avant et l'après. L'IM commence à avoir du sens, car voilà ce qu'il s'est passé avant. L'IM va avoir du sens, car voilà ce que je vais faire maintenant (changements de valeurs de vie – plus profiter de la vie, penser à soi et être plus égoïste, passer davantage de temps avec sa famille, prendre davantage soin de soi – ; planification d'un changement de comportement de santé, etc.).

3.7.2 Au niveau corporel : le besoin de réappropriation du corps

La question du corps est souvent omise par les psychologues, qui tendent à se centrer uniquement sur le psychique. Pourtant, c'est un point crucial. Lorsque la maladie arrive, l'image du corps et la manière dont le sujet l'investit sont mises à mal. L'IM en lui-même, mais aussi tous les examens médicaux, les traitements, et la manière dont le corps est considéré par les soignants, dont il prend le devant de la scène, entraînent chez le patient un réel besoin de réappropriation de son corps. « Le corps, dans les services hospitaliers, est réifié, réduit à ses fonctions organiques » et le patient a besoin de le ré-approprier (Marchetti, 2012).

Comme le souligne Marchetti (2012), il est souhaitable de favoriser la verbalisation des ressentis corporels, qu'il s'agisse des effractions subies, des intrus présents dans le corps, des modifications de l'image corporelle. L'expérience clinique suggère toutefois que, dans le cadre d'hospitalisations courtes (et donc d'interventions psychologiques brèves), ces ressentis corporels restent souvent de l'ordre de l'archaïque et de l'indicible. Selon Marchetti, des méthodes telles que la sophrologie offrent une alternative permettant une (re-)découverte de son corps, des liens avec son corps.

L'art-thérapie aussi peut se révéler intéressante en cardiologie : « qu'il s'agisse du dessin et de la peinture, ou encore de musicothérapie (approches rythmiques) [l'art-thérapie] a fait ses preuves d'efficacité dans le soutien des malades cardiaques (Marchetti, Trognon & Batt, 2011). Le dessin comme médiateur amène d'emblée chez l'adulte une régression, une fixation sur soi-même, un moindre recours à des défenses par intellectualisation. Le dessin du cœur (Broadbent, Ellis, Gamble & Petrie, 2006) ou de son propre corps permettent d'explorer rapidement les représentations personnelles qu'ont les personnes de leur maladie et de ses conséquences éventuelles » (Marchetti, 2012, p. 144).

3.7.3 Au niveau émotionnel : le besoin de soutien

Larsen, Pedersen et Van Domburg (2004) ont constaté que les patients ayant peu de soutien social sont plus dépressifs et/ou anxieux à la suite de l'IM et plus à risque de stress post-traumatique. Par conséquent, il est judicieux d'inclure la famille et les amis dans les programmes de réhabilitation (qui permet aussi le repérage et la prévention des difficultés conjugales mentionnées au point 3.5). Le besoin de soutien peut aussi être rencontré par la participation à un groupe de soutien (Kristofferzon *et al.*, 2005).

4. Prise en charge

4.1 Prise en charge médicale

Dans le cadre de l'IM, les traitements sont assez variés et dépendront de la gravité de l'état du patient. Dans cette partie du chapitre, nous aborderons les aspects du traitement ayant un impact psychologique plus ou moins important. Comme il n'existe pas à ce jour d'études abordant les effets psychologiques des traitements, ce point se base sur des témoignages de patients et professionnels et sur un ouvrage de la Société française de cardiologie, SFC, (2007).

La prise en charge hospitalière d'un patient atteint d'un IM se déroule en trois étapes : la prise en charge préhospitalière, l'hospitalisation et enfin la prise en charge posthospitalière ou le suivi. Avant l'arrivée de l'ambulance, le préposé au téléphone fournit conseils et assurances car il s'agit d'un événement stressant et angoissant tant pour le patient que pour son entourage. L'objectif de cette première étape d'urgence est triple : diminuer la douleur, empêcher la mort subite et limiter la taille de la lésion. Lors de cette étape, une grande quantité de médicaments peut être administrée au patient. Seulement, certains présentent des effets secondaires (par exemple, l'Aspirine® peut provoquer ulcères et allergie).

Différents examens médicaux sont ensuite réalisés : en cas de doute sur l'origine des douleurs du patient (IM ou pas ?), on réalisera d'abord un test à l'effort suivi, au besoin, d'une coronarographie. Le premier vise à donner une estimation des possibilités physiques du patient et est souvent vécu comme angoissant. En effet, l'effort est poussé jusqu'aux

limites du sujet¹ et est forcé par le fait que le patient est obligé de suivre le mouvement du tapis roulant et qu'il ne peut arrêter sous peine de chuter. Selon Bardiau (2011, communication personnelle), le résultat, s'il est indicatif d'IM, engendre souvent une certaine anxiété, un sentiment de tristesse/dépression ainsi qu'une diminution de l'estime de soi chez les personnes actives. La plupart du temps, les patients s'inquiètent pour la reprise de leur travail et se questionnent sur ce qu'ils pourront encore effectuer ou non après leur hospitalisation (Hôpital Erasme, 2009 ; SFC, 2007). Quant au second examen, la coronarographie², les patients le citent souvent comme une étape particulièrement difficile et anxiogène. Il s'agit en effet d'un examen agressif durant lequel le patient est conscient (s'il arrive conscient à l'hôpital) et qui comporte certains risques (allergie au produit de contraste iodé ou à l'anesthésique local, formation d'un hématome au niveau de l'endroit d'injection, malaise, palpitations et pouvant aller, dans de très rares cas, jusqu'au décès (Hôpital Erasme, 2005). À la suite de cet examen, le cardiologue décidera peut-être de réaliser une angioplastie coronaire ou un pontage³.

Dans le cas de l'angioplastie coronaire, le médecin introduit un ballonnet gonflable dans l'artère obstruée à travers une sonde et gonfle ce ballonnet au niveau du rétrécissement (SFC, 2007). Quand l'obstruction est trop sévère, le médecin pose un stent (ressort métallique) afin d'empêcher l'artère de se reboucher. L'angioplastie peut occasionner du stress, d'autant plus que le patient est conscient pendant l'opération et qu'il sait qu'il est possible qu'il fasse des complications qui pourraient aggraver son état (SFC, 2007).

Contrairement à l'angioplastie qui est réalisée sous anesthésie locale, le pontage est une intervention chirurgicale réalisée sous anesthésie générale et qui vise à court-circuiter la portion artérielle obstruée ou rétrécie. Le pontage constitue une source d'angoisse de mort car, comme pour tout acte chirurgical, le risque de complications sur la table d'opération n'est

1. L'effort est poursuivi jusqu'à la survenue de l'un des critères suivants : épuisement musculaire ou essoufflement trop important, fréquence cardiaque atteignant la *fréquence maximale théorique* (= $220 - \text{âge du patient}$), apparition d'un *critère de positivité*, apparition d'un trouble du rythme cardiaque grave, apparition d'un malaise, d'une chute de la tension artérielle.

2. Coronarographie : examen radiologique qui permet d'analyser l'état des artères coronaires. Il permet d'évaluer l'état des artères et de décider s'il faut faire ou non une angioplastie ou un pontage (Hôpital Erasme, 2005).

3. Pontage : technique chirurgicale visant à contourner les régions sténosées (rétrécies) des artères en effectuant un pont entre les parties saines.

pas nul. Cette crainte est exacerbée par le fait que l'opération touche le cœur, organe symbolique de la vie ! L'inquiétude est plus forte encore pour les personnes n'ayant jamais été opérées. De surcroît, l'opération ne se réalise parfois pas immédiatement, et le patient retourne donc chez lui avec la peur de la récurrence et le stress de l'opération à venir.

Enfin, la phase postopératoire est assez lourde : le patient se sent fatigué et faible pendant les premiers mois, ce qui engendre souvent chez lui un sentiment d'inutilité, d'inefficacité et de dépendance. En outre, il doit prendre part à un programme de réadaptation cardiaque (= ensemble de mesures permettant de récupérer le maximum de capacité fonctionnelle par l'exercice physique et par la prévention des facteurs de rechute) qui débute par un test à l'effort souvent vécu comme angoissant. Une part importante du programme est constituée du réentraînement à l'effort, qui se fait au travers de séances d'exercice physique journalières, de durée et d'intensité déterminées, pratiquées sous surveillance médicale durant les 3 à 6 premières semaines après l'intervention. Après cette phase de convalescence active, le sujet entre dans une phase de maintenance où il reprend ses activités habituelles tout en devant poursuivre ses exercices et les règles hygiéno-diététiques par lui-même, sous surveillance médicale ambulatoire épisodique.

4.2 Prise en charge psychologique

Bien que des études montrent qu'une prise en charge psychologique diminue par 2 le risque de rechute (voir Linden, Stossel & Maurice, 1996 pour une méta-analyse et Gulliksson, Burell, Vessby Lundin, Toss *et al.*, 2011 pour une étude récente), force est de constater que les psychologues ne semblent pas encore avoir pris une place importante dans ce secteur. À l'heure actuelle, les psychologues agissent souvent uniquement à la demande des patients, de leur famille ou de l'équipe pluridisciplinaire. Dans la majorité des hôpitaux, l'aide psychologique ne semble pas encore faire partie de l'aide proposée d'office. Or, seule une minorité de patients demande un entretien psychologique.

Pourtant, diverses approches thérapeutiques peuvent être envisagées. Le type de prise en charge psychologique devra toujours s'insérer dans une prise en charge multidisciplinaire (kinésithérapeutes, médecins, psychologues, diététiciens, tabacologues) et être adaptée aux besoins du patient. Pour certains, il s'agira essentiellement de psychoéducation. Pour ceux qui éprouvent des difficultés à changer leurs habitudes (alimentaires, tabagiques, de sédentarité etc.), une prise en charge basée

sur l'entretien motivationnel sera utile. Finalement, ceux qui éprouvent des difficultés à s'approprier la maladie et à restructurer leur identité bénéficieront davantage d'un soutien d'inspiration psychanalytique. Nous développons ces trois types d'intervention ci-après. Il est à noter que des thérapies cognitivo-comportementales de groupe sont également bénéfiques pour améliorer la qualité de vie et réduire le risque de rechute. Elles ne sont pas détaillées ici, mais le lecteur pourra consulter Gulliksson *et al.* (2011) pour le contenu des séances. En fonction des problèmes rencontrés par le patient, le psychologue pourra également rencontrer la famille (afin de calmer les angoisses d'un conjoint envahissant par exemple) ou référer le patient à des collègues spécialisés dans la prise en charge du burnout, si le patient était soumis à un stress professionnel devenu ingérable.

Avant de développer les prises en charge susmentionnées, nous aborderons brièvement la question de la prévention et de la prise en charge du déni, prémisses essentielles à l'efficacité de toute autre intervention.

4.2.1 Le travail du déni

À l'instar d'autres maladies caractérisées par leur manifestation à la fois soudaine, brutale et grave, le déni est un mécanisme de défense fréquemment rencontré chez les patients victimes d'IM. La méta-analyse de Jadouille (2006) met en évidence que si le déni protège les patients à court terme de l'anxiété et de la dépression, il nuit à long terme à la santé en entravant la compliance à la médication et aux changements des habitudes de vie. Ainsi, il entrave le bien-être à long terme (Van Elderen, Maes & Dusseldorp, 1999). C'est la raison pour laquelle les chercheurs et cliniciens recommandent d'effectuer très tôt avec le patient ce qu'on pourrait qualifier de « travail d'inquiétude » afin d'éviter un recours massif à l'évitement et au déni. Ce travail vise à permettre aux personnes utilisant la stratégie de déni d'effectuer progressivement, dans un cadre thérapeutique contenant, un travail d'élaboration et d'acceptation de la maladie, sans pour autant être submergé par l'angoisse due au caractère potentiellement létal de la maladie et à son impact sur la qualité de vie. Pour les patients qui présentent d'emblée un déni massif, on envisagera une prise en charge psychologique visant à aider le patient à alterner (« flexibiliser ») les mécanismes de coping/de défense.

4.2.2 La psychoéducation

Comme énoncé précédemment, les patients ont souvent besoin d'informations individualisées sur leur maladie. La psychoéducation vient répondre à ce besoin et son objectif principal est d'impliquer le patient dans la trajectoire de sa maladie chronique pour faciliter le changement de comportement au quotidien (Auer, Morin, Darioli *et al.*, 2008). Elle consiste en un processus par étapes comprenant un ensemble d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale. La psychoéducation concerne la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières ainsi que les comportements de santé et ceux liés à la maladie. Elle fournit à l'individu des services de soutien, des informations sur les avancées en matière de traitement et une liste de conseils à suivre pour améliorer l'état de santé, prévenir la récurrence et favoriser un retour aux activités normales (Mercer, 2011). Dans le domaine de l'infarctus, la psychoéducation va se centrer sur l'éducation à la maladie, la modification du style de vie et la gestion du stress.

L'hospitalisation, à la suite d'un infarctus du myocarde, est un moment opportun pour la psychoéducation car cette situation aiguë favorise l'émergence de conflits intrapsychiques. Cela peut conduire le patient à se remettre en question et à modifier ses comportements (tabac, alimentation, stress, notamment). Si les études récentes mettent en évidence l'utilité de débiter la prévention cardiovasculaire à l'hôpital, il est cependant essentiel de poursuivre le travail en ambulatoire pour soutenir le patient sur le long cours dans la prise en charge de sa maladie (Auer *et al.*, 2008).

Tableau 8.1 – Contenu de la psychoéducation dans le cadre de l'infarctus du myocarde

Éducation à la maladie	Qu'est-ce qu'un infarctus ? Quels sont les facteurs de risque ? Quels sont les facteurs de risque spécifiques au patient ? Que faire en cas de nouvelle alerte cardiovasculaire ?
Modification du style de vie	Quels comportements dois-je modifier ? (alimentation, tabac, exercice, etc.) Au cas par cas : – explications sur ce qu'est une alimentation saine + noms de diététiciens si besoin – explication sur l'arrêt tabagique + noms de tabacologues si besoin explications sur des exercices (quoi ? combien de temps ? quelle fréquence ?) + noms de kinés si besoin
Gestion du stress	Qu'est-ce que le stress ? En quoi le stress est-il un facteur de risque pour l'IM Comment gérer son stress ? (explications + noms de psychothérapeutes si besoin)

Cette psychoéducation peut être effectuée en groupe ou en individuel. Le second cas de figure a l'avantage de mieux tenir compte de la singularité du patient pour qu'il puisse repartir avec des réponses et des informations en lien avec ses préoccupations du moment. Il permet également au patient d'utiliser ses propres mots et de décliner sa propre version des faits, ce qui l'aidera à donner un sens à l'événement actuel. Il permet aussi d'envoyer au médecin traitant un résumé de l'intervention et des propositions de traitement afin que le patient bénéficie d'une continuité de soins entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire (Auer *et al.*, 2008). Dans tous les cas, il est important de comprendre comment la personne considère sa situation et se représente ses problèmes de santé et son traitement. Les messages préventifs auront ainsi plus de chance de trouver un écho. La psychoéducation ne doit pas se faire à sens unique, comme un cours. Elle doit permettre au patient de témoigner sur la manière dont il insère l'événement dans son existence, lui donner du temps pour construire sa propre histoire et lui donner un sens. Le fait de mettre en parole son vécu l'aide à entrevoir des possibilités pour dépasser l'état actuel (Auer *et al.*, 2008). Elle doit aussi inviter le patient à envisager et proposer lui-même les solutions. Les cliniciens sont là pour faire émerger et compléter le savoir des patients.

Dans une méta-analyse concernant la psychoéducation, Dusseldorp, van Elderen, Maes *et al.* (1999) mentionnent que cette intervention facilite le rétablissement psycho-social du patient comme son retour dans sa vie quotidienne. De plus, la psychoéducation joue un rôle dans

la prévention secondaire en encourageant les patients à suivre leur traitement et à modifier leurs comportements à risque. Les résultats montrent une réduction de la mortalité cardiaque et une diminution dans la récurrence des infarctus du myocarde. Il y a également un effet significatif sur les facteurs de risque. Agir sur ces facteurs, sur les comportements liés à la santé et sur la détresse émotionnelle contribue donc à diminuer les risques de mortalité et de récurrence des maladies cardiaques.

Lorsque les patients éprouvent des difficultés à changer leurs comportements, un suivi thérapeutique basé sur l'entretien motivationnel peut être proposé à cet effet.

4.2.3 L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (Martins & Mc Neil, 2009) est une méthode originellement fondée par Miller et Rollnick (1989/2006, p. 31) afin d'aider les personnes à se départir d'addictions à l'alcool ou aux drogues. Il s'agit d'« une méthode directive, centrée sur le client, visant à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence ». Cette méthode, influencée par Carl Rogers, est centrée sur la personne car elle prend en compte les inquiétudes et points de vue du patient. Cette intervention est néanmoins directive car elle est dirigée vers la résolution de l'ambivalence. Il s'agit d'une méthode de communication visant à susciter la motivation intrinsèque¹ de la personne pour atteindre le changement (Thompson, Chair, Chan *et al.*, 2011). Elle vise à résoudre l'ambivalence des patients vis-à-vis du changement et leur permettre de s'engager dans de nouveaux comportements. Cette thérapie s'est étendue à de nombreux domaines tels que le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardio-vasculaires dans lesquels le patient doit changer ses habitudes de vie pour préserver sa santé. Dans tous ces cas, le patient doit changer alors qu'il ne veut pas changer. La méta-analyse de Martins et Mc Neil (2009) illustre l'efficacité de l'entretien motivationnel sur l'activité physique et l'alimentation. Une autre étude (Thompson *et al.*, 2011) a montré l'efficacité de l'entretien motivationnel dans le cadre des pathologies cardio-vasculaires pour changer les facteurs de risque tels l'alcool, la drogue, l'alimentation, ou encore l'activité physique.

1. On est dit « intrinsèquement motivé » quand on pratique une activité pour le plaisir et la satisfaction qu'elle procure. On est dit « extrinsèquement motivé » lorsqu'on pratique une activité pour obtenir une récompense extérieure à cette activité et/ou pour se décharger d'une culpabilité.

■ Le contexte de l'entretien motivationnel

Le concept central dans l'entretien motivationnel est l'ambivalence. Celle-ci correspond au dilemme du changement : simultanément, le patient veut et ne veut pas changer (par exemple, il veut arrêter de fumer afin d'être mieux mais en même temps il veut continuer à fumer parce que cela le détend ; il ne veut pas faire d'exercice physique mais il ne veut pas risquer un second infarctus par sédentarité). Pour amener le changement, il est important que le thérapeute détecte cette ambivalence chez le patient. Ensuite, il pourra susciter le changement en faisant émerger chez le patient 3 valeurs intrinsèques :

- 1) Avoir l'envie : l'envie émerge lorsque le patient décèle une divergence entre la situation actuelle et l'objectif qu'il veut atteindre. Pour que ce dernier ait envie de changer, le thérapeute doit développer de la divergence entre les comportements du patient et ses valeurs et objectifs de vie ;
- 2) Se sentir capable : le thérapeute doit amener le patient à penser que le changement est possible et qu'il en a la capacité. Si le patient trouve une solution et qu'il se sent capable de la poursuivre, il mettra tout en œuvre pour y arriver ;
- 3) Être prêt : le changement doit être une priorité dans la vie du patient.

■ Le discours du changement

Le patient doit faire face à la réalité avec l'aide de l'intervenant. Le discours du changement est un discours d'auto-motivation. Miller et Rollnick (2006) décrivent quatre catégories du discours-changement :

- 1) Inconvénients du *statu quo* : le patient reconnaît les aspects indésirables de son état actuel. Il peut reconnaître les inconvénients du *statu quo* même s'il n'admet pas qu'il a un problème ;
- 2) Avantages du changement : le patient reconnaît qu'il peut y avoir des bénéfices au changement. Cette forme de discours met en évidence les aspects positifs d'un éventuel changement ;
- 3) Optimisme au changement : le patient se dit que le changement est possible et qu'il en est capable. Il croit en sa propre capacité de changer ;
- 4) Intention de changer : le patient exprime une intention, un désir, une volonté ou un engagement en faveur du changement.

CAS CLINIQUE**L'exemple de M.A.**

Inconvénients du statu quo : M. A. reconnaît la nécessité d'arrêter de fumer pour que son état de santé s'améliore.

Avantages du changement : M. A. dit que s'il changeait de comportement, il ne culpabiliserait plus et serait moins anxieux à l'idée de revivre un infarctus.

Optimisme au changement : M. A. a déjà diminué sa consommation de tabac et pense donc qu'il est possible pour lui d'arrêter totalement de fumer.

Intention de changer : M. A. va aller voir un tabacologue et est prêt à arrêter de fumer.

■ La pratique de l'entretien motivationnel

Le thérapeute doit adopter un mode de communication permettant au patient de trouver des raisons personnelles au changement de son comportement (Miller & Rollnick, 1989/2006). Il existe quatre modes de communication :

- 1) Exprimer de l'empathie : le clinicien ne doit en aucun cas juger, critiquer, blâmer, prendre une position haute. Il doit se mettre à la hauteur du patient, comprendre son ambivalence et ses résistances. Le praticien doit accepter le vécu de la personne (ses ambivalences, ses hésitations et ses points de vue). Ne pas juger le patient permet d'amener ce dernier au dévoilement de soi. Si la personne se sent acceptée, elle pourra penser au changement de ses comportements à risque (meilleure alimentation, arrêt du tabac, pratique sportive, etc.). Accepter le patient dans ce qu'il est permet aussi de ne pas entrer dans une relation conflictuelle avec lui (tu dois changer – non je ne veux pas) qui ne ferait qu'augmenter les résistances.
- 2) Développer de la divergence : un patient souffrant d'une maladie cardiaque devra faire des changements significatifs dans son mode de vie. Le praticien doit donc développer de la divergence entre ce que le patient est et ce qu'il voudrait être. Pour ce faire, il ne doit pas critiquer ce que le patient est mais plutôt amener le patient à définir et verbaliser ce qu'il voudrait être, ses valeurs, ses objectifs de vie. Prendre conscience de l'objectif rendra aussitôt saillant le hiatus entre les comportements actuels et ce dernier. Ceci permet d'augmenter sa perception des inconvénients du *statu quo* et ainsi le motiver au changement.

Rouler avec les résistances : la résistance du patient est un indicateur de dissonance dans la relation thérapeutique. C'est un signe que le clinicien a été trop vite, qu'il a peut-être sauté une étape. Il ne faut en aucun cas confronter le patient à son inconsistance, à son illogisme. Il conviendra plutôt de détourner ou recadrer les résistances afin de créer une nouvelle tendance vers le changement (« Vous me dites que vous n'y arriverez jamais ; pourquoi pensez-vous cela ? Que faudrait-il pour que vous y arriviez ? Que penseraient vos amis de votre capacité à changer ? Qui penserait que vous en seriez capable ? Pourquoi ? »)

Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : si le thérapeute adopte les trois points précédents sans tenir compte de l'efficacité personnelle de son patient, ce dernier ne percevra aucune possibilité au changement. Le clinicien doit accroître la confiance du patient en ses capacités à surmonter les obstacles. Par exemple, si le patient pense qu'il n'arrivera jamais à arrêter de fumer, le thérapeute doit lui redonner confiance et lui faire comprendre qu'il a la capacité pour arrêter (par exemple, en mettant en évidence ses succès dans d'autres domaines, les autres réalisations qui demandaient de la volonté). La croyance du patient en sa capacité de changement a en effet une influence majeure sur le résultat.

L'approche motivationnelle s'organise en deux phases. Lors de la première phase, le thérapeute soutient le patient à l'émergence de sa motivation intrinsèque au changement (la durée dépend du patient). Lorsque le patient reconnaît l'importance et a confiance en sa capacité de changer, alors le thérapeute peut passer à la seconde phase, en faisant un résumé de ce qui s'est passé lors de la première phase. Durant cette phase, thérapeute et patient doivent élaborer un plan. Celui-ci se fait en quatre étapes : fixer des objectifs, prendre en compte les différentes stratégies de changement possible, construire un plan et obtenir un engagement.

Il faut donc rechercher ce qui pourrait motiver la personne souffrant d'une maladie cardiaque. Il appartient au patient de trouver et d'exprimer les arguments en faveur du changement. Il faut se garder de stigmatiser l'inertie de la personne car cela peut augmenter les résistances et donc créer un blocage.

4.2.4 Le soutien psychologique d'inspiration psychanalytique

L'infarctus du myocarde signe l'entrée brutale dans une maladie chronique grave à pronostic potentiellement létal. Comme l'explique Marchetti (2007), cet événement constitue une véritable rupture biographique qui s'accompagne souvent d'une rupture identitaire. Tout d'abord, l'individu passe du statut d'individu bien portant à celui de malade. Un

nouveau rôle est assigné à l'individu : celui du malade, qui doit modifier ses habitudes de vie, se soumettre à l'autorité médicale, coopérer avec elle. Ensuite, la maladie engendre des bouleversements importants en termes de rythme et style de vie, et s'accompagne souvent d'un remaniement des rôles sociaux (conjugaux, familiaux, professionnels). Cette rupture identitaire va appeler un véritable travail de reconstruction identitaire. Le psychologue pourra favoriser celui-ci au travers d'un travail d'élaboration et de dépassement des pertes narcissiques, mais également au travers d'un processus de changement de valeurs qui verra l'importance accordée au travail, à la réussite sociale et à l'argent diminuer au profit de celle accordée aux amis, à la famille, au bien-être.

Parallèlement à la reconstruction identitaire, le psychologue accompagnera le patient dans la mise en sens et dans l'historicisation de sa maladie (Marchetti, 2007). En effet, l'infarctus est souvent perçu comme injuste et insensé. Afin d'intégrer la maladie, l'individu va devoir lui donner un sens et l'inscrire dans son histoire personnelle.

Finalement, le psychologue pourra accompagner le patient dans la gestion des mutilations corporelles et ce qu'elles évoquent (voir Gori & Del Volgo, 1991). Comme l'explique Marchetti (2007, p. 38), « Le pontage aorto-coronarien est une opération très lourde (le chirurgien ouvre et écarte le thorax du patient, puis greffe un vaisseau sanguin qui provient des jambes ou de la poitrine, créant un nouveau passage pour le sang afin de contourner le blocage dans une artère coronaire), et laisse aux patients un stigmate visible, ce qui fait que, d'une part, ils ne peuvent oublier ce qui leur est arrivé, mais en outre, selon la tenue vestimentaire qu'ils portent, les autres ne peuvent également l'ignorer (ce qui rend d'autant plus aisément compréhensible l'appréhension que peuvent ressentir les conjoints des personnes pontées à avoir des rapports sexuels : la maladie et le risque de mort subite se rappellent sans cesse à leur souvenir) ». À côté des mutilations réelles, le psychologue pourra également entendre la mutilation du cœur symbolique, siège des affects. Les traitements médicaux de l'infarctus réifient le cœur et bafouent ce faisant l'investissement affectif que les patients peuvent avoir vis-à-vis de cet organe hautement symbolique. De nombreuses personnes ignorent en effet que le cœur n'est physiologiquement pas le siège des affects. Pendant que les médecins se focalisent sur l'atteinte du cœur réel, le psychologue peut accompagner l'atteinte du cœur symbolique.

Selon Marchetti (2007), la fonction du psychologue en service de cardiologie est triple :

- 1) Accompagner la rupture identitaire et en faciliter la reconstruction :
 - permettre la verbalisation et l'élaboration des pertes narcissiques : exprimer les pertes, en mesurer les conséquences dans la vie quotidienne, mais aussi les relativiser et envisager des « dérivés palliatifs » (« je ne peux plus faire ceci, mais je peux faire cela », je peux faire telle chose différemment) ;
 - accompagner l'émergence de nouvelles manières de percevoir l'existence, de nouveaux objectifs, de nouvelles raisons de vivre, c'est-à-dire de nouvelles valeurs qui formeront le nouveau socle identitaire.
- 2) Accompagner la mise en sens et l'historicisation de la maladie :
 - permettre au patient de donner à sa maladie un sens qui lui est propre, entendre le sens que le patient lui donne, même si celui diffère de celui donné par le corps médical ;
 - aider le patient à inscrire la maladie dans son histoire. Si la maladie est « enkystée » comme un événement extérieur au sujet, il ne pourra pas l'intégrer comme faisant partie de lui ni ne pourra adapter sa vie en conséquence.
- 3) Accompagner le patient dans la gestion des mutilations réelles et symboliques :
 - proposer un travail d'élaboration autour du corps, de l'image et des représentations qu'ils en ont afin de reconstruire un schéma corporel qui intègre les cicatrices et ce qu'elles évoquent ;
 - accompagner l'atteinte du cœur symbolique, entendre que l'atteinte organique puisse être aussi une atteinte affective.

Marchetti (2007, p. 38) souligne encore qu'il est crucial que le psychologue respecte les mécanismes de défense des patients (notamment le déni et le refoulement) « Il est essentiel d'éviter tout acharnement psychothérapeutique ou relationnel. Il convient de respecter le temps du patient ».

5. Conclusion

Étant donné la diversité des besoins du patient et de sa famille, le plan d'intervention doit être établi en fonction de ces besoins et des difficultés

rencontrées en aval du problème cardiaque. C'est pour cette raison qu'il est possible de combiner différentes approches pour un même patient (psychoéducation, soutien psychologique, guidance de couple, etc.). Les interventions présentées dans le cadre de ce chapitre agissent soit au niveau des facteurs de risque (tabagisme, mauvaise alimentation, consommation d'alcool, sédentarité et adhérence au traitement, stress), soit au niveau de la reconstruction de la rupture biographique engendrée par la maladie.

Selon les psychologues interviewées, les patients cardiaques ne sont pas souvent demandeurs d'un suivi psychologique. Ce manque de demande se justifie par le coût, le manque de disponibilité ou le stéréotype du psychologue qui, pour certains, relève du traitement de la maladie mentale. Le psychologue n'a pas l'occasion de corriger cette perception car, à l'heure actuelle et contrairement à ce qui se fait dans d'autres services (dans le service d'oncologie, par exemple), aucune rencontre systématique entre les patients et le psychologue n'est prévue et aucun suivi n'est proposé spontanément. Au vu des éléments rapportés dans ce chapitre et, spécifiquement, du fait que la prise en charge psychologique agit tant au niveau de la qualité de vie que de la probabilité de rechute, nous espérons que ceci changera au cours de la prochaine décennie !

Pour aller plus loin



AUER R., MORIN D., DARIOLI R., CORNUZ J. & RODONDI N. (2008). Approche éducationnelle des patients à risque cardiovasculaire. *Revue Médicale Suisse*, 148, 657-660.

DOUCET, C. (Dir.) (2010). *Le psychologue en service de Médecine : les mots du corps*. Paris : Masson.

MARCHETTI, E. (2007). Être psychologue dans un service hospitalier de cardiologie. *Le Journal des Psychologues*, 252, 35-38.

MARCHETTI, E. (2012). Entre la réalité des atteintes somatiques et les réactions émotionnelles des patients : les théories subjectives comme base d'un accompagnement psychologique. L'exemple des personnes victimes d'un infarctus du myocarde (pp 135-149). In P. BRUN (Ed.), *Du nouveau dans la psycho ? Y a-t-il du nouveau dans la pratique et la théorie de la psychologie à l'hôpital ?* (pp. 135-149). Nîmes, France : Champs Social Éditions.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : Dunod.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE (2010). *Cardiologie*. Paris : Masson (abrégés).

LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL¹

1. Par Constance Darcheville, Aurélie Dutry, Élodie Hans, Hélène Jacquemart, Eugénie Nicolas, Hélène Pierre, Clémence Van Achter et Emily Van Craenenbroeck.

Expert-relecteur : Pr. Philippe de Timary, psychiatre, alcoologue, professeur à la faculté de Médecine de l'Université catholique de Louvain.

Les auteurs remercient Aurore Neumann, psychologue aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles, ainsi que le Professeur Jean-Paul Roussaux, directeur médical de l'Hôpital psychiatrique du Beauvallon à Saint-Servais, de leur témoignage et de l'aide qu'ils ont ainsi apportée dans la rédaction de ce chapitre. Nous remercions également les deux patients souffrant d'alcoolisme que nous avons eu la chance de rencontrer et qui nous ont permis de mieux comprendre cette maladie.

Sommaire

1.Présentation de la maladie	175
1.1 Définition.....	175
1.2 Épidémiologie.....	176
1.3 Physiopathologie.....	176
1.4 Symptômes observés.....	177
1.5 Changements des comportements et/ou modifications du style de vie	178
2.Comorbidités psychologiques	179
2.1 Troubles (ou autres addictions) engendrant la dépendance à l'alcool.....	179
2.2 Trouble induit par la dépendance à l'alcool.....	180
2.3 Les conséquences sur la santé physique.....	181
3.Prise en charge	182
3.1 Prise en charge médicale	182
3.2 Prise en charge thérapeutique	183
4.Conclusion.....	194

1. Présentation de la maladie

« *L'alcoolisme est la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool.* »
Fouquet, 1956.

1.1 Définition

Il faut distinguer l'abus d'alcool, qui correspond à une consommation excessive d'alcool ayant des répercussions négatives sur l'un ou l'autre domaine de la vie de l'individu, de la dépendance à l'alcool qui correspond à une entité plus grave que nous décrivons ci-dessous.

Le DSM-IV définit la dépendance comme « une utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'au moins trois manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois » (American Psychiatric Association, APA, 1994, p. 224) :

- 1) La tolérance marquée par le besoin de consommer la substance en plus grandes quantités afin d'obtenir les effets désirés.
 - 2) Le sevrage ne peut être soulagé que par la reprise de la substance.
 - 3) La prise de la substance en quantités importantes pendant une longue période.
 - 4) La présence d'un désir persistant ou d'efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
 - 5) La personne consacre énormément de temps à des activités nécessaires pour obtenir la substance, l'utiliser et récupérer de ses effets.
 - 6) L'utilisation de la substance mène à la diminution ou à l'abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs.
- Monsieur S. : « J'ai arrêté toutes les activités qui me procuraient avant du plaisir, comme la musique. »
 - Monsieur P. : « J'avais accumulé, j'étais dépassé. (...) Je ne déposais rien (...), je n'ai pas eu de signal d'alarme, j'ai arrêté le sport et j'ai continué à consommer. »

1.2 Épidémiologie

Tous âges confondus, le nombre d'individus dépendants à l'alcool en Belgique est passé de 8 % en 2004 à 10 % en 2008 (Institut scientifique de la santé publique, 2008¹).

La proportion de la population masculine qui consomme de l'alcool est supérieure à celle de la population féminine (84 % versus 77 %). De plus, 13 % des hommes présentent une consommation problématique (versus 7 % pour les femmes), c'est-à-dire une consommation excessive et chronique (au moins six verres d'alcool par jour) avec une tendance à la dépendance (Institut scientifique de la santé publique, 2008).

Selon l'enquête de santé publique menée en 2008, l'alcool serait la troisième cause de décès en Belgique (Institut scientifique de la santé publique, 2008).

1.3 Physiopathologie

Après ingestion, l'alcool est absorbé dans l'estomac et l'intestin grêle. L'éthanol – substance psychoactive contenue dans l'alcool – est alors transmis, à travers le sang, du système digestif vers le cerveau où il va interférer avec trois systèmes :

- 1) le système dopaminergique impliqué dans le système de récompense. Il a pour fonction de repérer la conséquence d'un comportement spécifique dans un contexte donné et de générer un signal d'apprentissage afin d'inciter l'individu à répéter un tel comportement ;
- 2) le système sérotoninergique, impliqué dans la régulation de l'humeur, du sommeil, de la douleur, de l'appétit et de la température ;
- 3) le système opioïdergique représentant le système antidouleur et de plaisir (Collège romand de médecine de l'addiction, 2009).

Plus spécifiquement, l'éthanol a pour effet de rendre inactifs les neurones inhibiteurs du système dopaminergique. La dopamine, jouant un rôle clé dans la perception du plaisir et de la motivation, est alors davantage libérée dans le système de récompense. Ceci a pour conséquence d'induire un état d'euphorie et d'activation chez le sujet. Ce dernier tend alors à renforcer sa consommation d'alcool afin de maintenir cet état initial.

1. Pour une étude épidémiologique de la consommation et surconsommation d'alcool en Belgique, voir https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/7.la%20consommation%20d'alcool_r2.pdf.

Finalement, l'état initial d'euphorie est suivi d'un ralentissement général du fonctionnement du système nerveux central, grâce à l'activation des neurones inhibiteurs et l'inhibition des neurones excitateurs par l'éthanol. Ce ralentissement se caractérise par un état de relaxation, de somnolence, une diminution de la motricité, une altération des capacités de jugement, et parfois un coma (Collège romand de médecine de l'addiction, 2009).

L'alcool est cependant dégradé par le foie, ce qui en diminue la concentration sanguine. Sur le long terme, chez les gros consommateurs cette dégradation est plus importante. Par ailleurs, le cerveau a tendance à diminuer sa réactivité à l'alcool pour en limiter les effets. Ce mécanisme de tolérance participe au cercle vicieux de la dépendance car une telle adaptation incite l'individu à consommer davantage pour ressentir les mêmes effets (Collège romand de médecine de l'addiction, 2009).

1.4 Symptômes observés

Les principaux symptômes ressentis par la personne alcoolique sont l'appétence, la dépendance et le sevrage.

- 1) L'appétence correspond au besoin irrésistible pour l'individu de consommer de l'alcool (Lévy-Soussan, 2000). Celle-ci est à la base de la dépendance psychique (incapacité de l'individu de vivre sans consommer) et d'une dépendance physique (sensation de manque ressentie par l'organisme) (Kiritzé-Topor & Bénard, 2001). Elle se traduit en anglais par le terme *craving*.
- 2) L'état de sevrage apparaît si le besoin d'alcool n'est pas comblé à court terme. Les signes de sevrage sont : hyperactivité neurovégétative, tremblements, nausées ou vomissements, sueurs, insomnies, hallucinations, agitation psychomotrice, anxiété, crises convulsives et troubles de l'humeur (Lévy-Soussan, 2000). Ces signes disparaissent après le premier verre d'alcool mais leur fréquence d'apparition s'intensifie au fur et à mesure que la dépendance s'accroît (Adès & Lejoyeux, 1997 ; APA, 1994).
- 3) Par ailleurs, l'intoxication a lieu quand la personne présente des modifications comportementales ou psychologiques inadaptées apparaissant à la suite de consommation d'alcool (altération du jugement, comportement agressif, par exemple). La personne peut également présenter un discours bredouillant, une incoordination motrice, une démarche inadéquate, une altération de l'attention ou de la mémoire, et des signes de stupeur ou de coma (APA, 1994).

1.5 Changements des comportements et/ou modifications du style de vie

Selon Fouquet (cité par Lévy-Soussan, 2000), la personne dépendante a perdu la liberté de s'abstenir de boire et est dans l'impossibilité de résister aux impulsions envers l'alcool. Elle passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se la procurer et la consommer. Ceci représente la caractéristique comportementale principale de la personne alcoololo-dépendante.

L'alcoolisation peut amener l'individu à adopter des comportements à risque (rapports sexuels non protégés, conduite en état d'ivresse, etc.) ou délictueux. Ainsi, 40 à 50 % des agressions ou des délits violents impliquent une ou plusieurs personnes sous l'emprise de l'alcool (Allen *et al.* cités par Anderson, Gual & Colom, 2008).

L'alcool peut également être la source de divers conflits avec l'entourage et peut notamment entraîner le recours à la violence conjugale (Caetano, 1993). En effet, il existe un lien étroit entre une consommation importante d'alcool et la violence domestique. Des études montrent qu'un tiers des violences conjugales se produiraient lorsqu'un des deux conjoints est alcoolisé (Brecklin & Ullman cités par Anderson *et al.*, 2008).

*Monsieur P. : « Ma famille, je l'ai pulvérisée.
Là, j'ai décomposé mes enfants, ce qui a fait qu'ils n'ont plus
voulu avoir de contact avec moi, plus voulu me parler (...).
Il a fallu reconstruire entièrement la relation. »*

Enfin, la consommation d'alcool peut causer des tensions ou des confrontations sur le lieu de travail (Caetano, 1993), de même qu'une diminution des performances professionnelles. En effet, l'alcoolisme augmente le taux d'absentéisme et implique une perte de productivité, des comportements inadéquats entraînant des sanctions disciplinaires ainsi qu'une détérioration des relations entre collègues pouvant être à la base d'une mauvaise ambiance dans l'entreprise (Rehm & Rossow cités par Anderson *et al.*, 2008). De plus, des études montrent qu'une consommation excessive d'alcool conduirait à un chômage accru (Mullahy & Sindelar, cités par Anderson *et al.*, 2008).

*Monsieur S. : « Je n'étais pas capable de résoudre
un conflit sans m'énerver, sans être en colère (...).
J'arrivais saoul au boulot. »*

2. Comorbidités psychologiques

2.1 Troubles (ou autres addictions) engendrant la dépendance à l'alcool

Ces troubles sont dits indépendants car ils sont déjà présents avant la consommation abusive d'alcool. Néanmoins, ils peuvent influencer son apparition. Il est essentiel de repérer ces comorbidités afin d'optimiser la prise en charge psychologique du patient.

Premièrement, le trouble bipolaire tend à engendrer l'alcoolisme (Reynard, 2006). En effet, selon Gammeter (2002, p. 563), « la désinhibition de la phase maniaque supprimerait le frein à la consommation d'alcool et entraînerait l'alcoolodépendance ». La prévalence du trouble bipolaire est de 4 % chez les personnes alcooliques tandis qu'elle n'est que de 1 % dans la population générale.

Monsieur P. : « En 1997, c'est ma première crise de maniaque-dépression. Un des symptômes de la maniaque-dépression, c'est l'extrême consommation d'alcool ; c'est à ce moment-là que l'alcool a commencé à faire partie de ma vie. »

Pour le Pr Roussaux : « L'alcoolisme peut être secondaire au trouble bipolaire. Quand ils sont dans la phase dépressive, beaucoup boivent pour l'effet euphorisant, et quand ils sont dans la manie, ils boivent pour arriver à dormir. » (communication orale, 2011).

Deuxièmement, le trouble borderline augmente le risque d'alcoolisme. Les personnes borderline tendent à recourir à l'alcool pour « gérer » la souffrance liée à ce trouble (Morgenstern, Langenbucher, Labouvie & Miller, 1997).

Troisièmement, les troubles anxieux, et spécifiquement le trouble panique, l'anxiété généralisée et la phobie sociale, peuvent également engendrer l'alcoolisme (Orihuelaflors, 2010). C'est l'effet anxiolytique de l'alcool qui est recherché et qui pousse l'individu à une consommation de plus en plus régulière (Richa, Kazour & Baddoura, 2006). Le trouble de panique et la phobie sociale auraient des prévalences trois fois supérieures dans la population alcoolique par rapport à la population générale (Gammeter, 2002).

Monsieur S. : « À cette époque, j'étais fort anxieux par rapport à mon passé et au futur (...). Je buvais pour ne plus être anxieux. »

Quatrièmement, les personnes dépressives peuvent se mettre à boire pour tenter de réduire les symptômes de la dépression. On assiste ici à un véritable cercle vicieux car, s'il diminue effectivement la déprime à très court terme, l'alcool va paradoxalement augmenter la dépression à moyen terme (Gammeter, 2002). Nous reviendrons sur ce point dans la section suivante.

Enfin, la dépendance à une autre substance peut amener à consommer de l'alcool soit pour compenser les effets indésirables des substances psychoactives, soit pour pallier le manque de ces substances (Orihuelaflares, 2010). Il a été montré que 21,5 % des personnes dépendantes à l'alcool consomment également une autre substance (Regier *et al.*, 1990 cités par Reynard, 2006).

2.2 Trouble induit par la dépendance à l'alcool

La dépression vient fréquemment se surajouter au diagnostic de dépendance alcoolique.

Selon le Pr Roussaux : « 80 % des alcooliques présentent des symptômes dépressifs. Après le sevrage, 20 % d'entre eux présentent encore des symptômes de dépression et doivent être soignés avec des antidépresseurs. »

L'alcool exacerbe les idées noires, les idées suicidaires et accroît par conséquent le risque de passage à l'acte (Tate, McQuaid, Shriver *et al.*, 2008). Les soignants devront y être particulièrement attentifs, car la prévalence du suicide chez les alcooliques est 8 à 10 fois plus élevée que dans la population générale (Gammeter, 2002).

Heureusement, l'humeur dépressive diminue fortement après quelques semaines d'abstinence (Schuckitt cité par de Timary & Faoro-Kreit, 2012). La période juste après le sevrage est toutefois critique car la dépression n'a pas encore disparu et elle augmente fortement le risque de rechute.

Selon Koob et Le Moal (cités par de Timary et Faoro-Kreit, 2012), la dépression qui accompagne la dépendance ne serait pas seulement le résultat de la dégradation de la qualité de vie de l'alcoolique, mais pourrait être la conséquence directe d'un dérèglement physiologique du système du plaisir, induit par l'alcool. En effet, avant qu'il n'y ait dépendance, lorsque le système de récompense est stimulé par l'alcool, il en résulte une expérience de plaisir. Cette expérience de plaisir est toutefois limitée par d'autres mécanismes afin d'entretenir l'homéostasie.

Néanmoins, lorsque l'addiction s'est installée, le processus chargé de limiter l'importance du plaisir devient prééminent. Boire est donc devenu nécessaire afin de limiter le déplaisir. Toujours selon ces auteurs,

le système de récompense ainsi que celui du stress s'écartent de leur point d'équilibre, ce qui modifie le rapport au plaisir. En effet, dans la dépendance, ce principe d'homéostasie est remplacé par le principe d'allostase consistant à entretenir un nouvel équilibre afin de pouvoir répondre aux exigences du milieu constitué de nouvelles normes. La figure 9.1 illustre le déroulement du principe de plaisir (processus a) et du principe limitant ce plaisir (processus b) dans l'addiction.

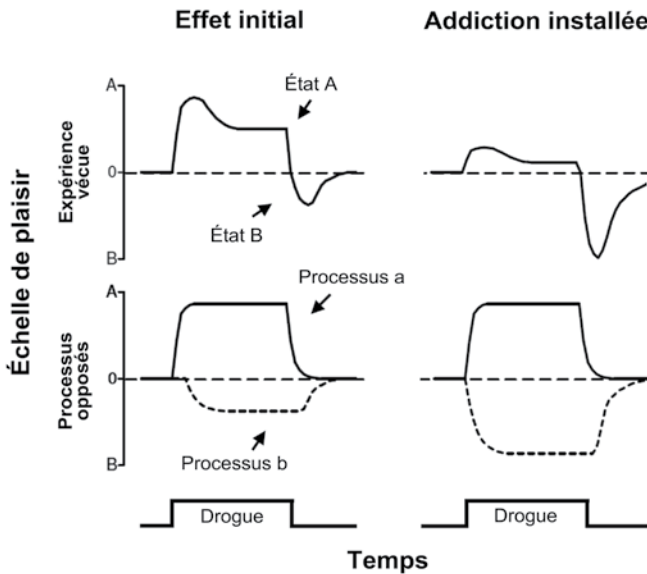


Figure 9.1 – Schéma de l'évolution de l'expérience de plaisir (Koob et Le Moal, 2001 cités par de Timary & Faoro-Kreit, 2012)

2.3 Les conséquences sur la santé physique

L'alcoolisme peut également détériorer la santé physique. Parmi les complications les plus fréquentes, on retrouve la cirrhose du foie, caractérisée par des lésions importantes et irréversibles du foie liées à la consommation chronique et par un taux de mortalité élevé, et l'hépatite alcoolique aiguë qui entraîne une mort cellulaire brutale plus ou moins étendue, allant de simples lésions anatomiques asymptomatiques à une destruction étendue des structures du foie pouvant entraîner la mort. D'autres maladies telles que des problèmes cardiaques, des ulcères à l'estomac, des carences en vitamines, ainsi que de l'anémie sont à citer

parmi les complications dues à l'alcool (Caetano, 1993). L'alcool interagit par ailleurs avec d'autres facteurs de risque (comme le tabagisme, par exemple), dont il exacerbe les effets. Ainsi, l'alcool augmente significativement le risque de cancer du poumon induit par la cigarette.

Sur le long terme, l'alcoolisme chronique peut engendrer des troubles neurologiques, comme le syndrome de Korsakoff. Ce syndrome résulte de la carence répétée en vitamine B¹ (la thiamine) et se caractérise par une altération du fonctionnement mnésique. Les patients atteints de cette maladie souffrent d'amnésie rétrograde² et antérograde³. Seulement 20 % des patients atteints de ce trouble montrent une récupération après un traitement enrichi en vitamine B (Kolb & Whishaw, 2002).

3. Prise en charge

3.1 Prise en charge médicale

Dans le tableau 9.1, sont présentés les différents médicaments régulièrement prescrits aux personnes alcooliques. Ils doivent être pris sous contrôle médical en raison des effets secondaires possibles. En outre, il est préférable qu'ils soient associés à un accompagnement psychologique.

1. L'alcoolisme s'accompagne d'une carence en vitamine B car le foie a besoin de beaucoup de vitamine B pour assimiler l'alcool. Plus on consomme de l'alcool, plus le foie a besoin de vitamine B. Cette carence peut être exacerbée par la mauvaise hygiène alimentaire des personnes dépendantes à l'alcool.

2. Incapacité à récupérer des souvenirs du passé.

3. Incapacité à former de nouveaux souvenirs.

Tableau 9.1 – *Les principaux médicaments, leurs actions et leurs effets secondaires (Batel, 2011)*

	Médicaments	Actions	Effets secondaires
Avant le sevrage	Nalmefène® (! non enregistré en Belgique)	Diminution de la consommation	
Pendant le sevrage	Benzodiazépines (Diazépam®)	Lutte contre tremblements, anxiété et insomnies	Dépendance en cas de prise prolongée au-delà du sevrage
	Apport hydrique (deux litres/jour pendant 48 heures)	Élimination, par les reins, du liquide ingéré avant le sevrage	
	Thiamine-B1 pyridoxine-B6	Compensation d'un déficit en vitamines B	
	Neuroleptiques	Lutte contre les hallucinations ou la paranoïa en cas de delirium tremens	
Après le sevrage	Disulfirame®	Dissuasion de boire par provocation de symptômes désagréables (effet antabuse)	Troubles neurologiques des jambes, hépatite médicamenteuse
	Psychotropes	Lutte contre la dépression, les TOC, etc.	
	Acamprosate®	Maintien de l'abstinence	Troubles du transit intestinal et ballonnements
	Naltrexone®	Prévention des rechutes	Nausées, fatigue

3.2 Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique de la problématique alcoolique dépend du stade de la maladie et du degré d'acceptation par le patient de la nécessité d'un changement des habitudes de consommation. Comme pour les autres assuétudes, on distinguera les approches visant une abstinence complète de celles plus modérées dans leurs ambitions, qui prônent une réduction des risques liés à cette consommation. Cependant, en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, les projets d'abstinence complète

sont les plus souvent recommandés bien que chez des consommateurs abusifs ou à risque, une modération et une réduction des risques puissent être prônées. Nous décrirons plus bas ce qu'il en est du soutien des projets d'abstinence.

En préambule de cette section, il nous paraît aussi important d'avertir le lecteur qu'une des difficultés majeures rencontrées dans le cas de la problématique alcoolique est la difficulté de celui-ci à reconnaître la réalité et les conséquences de sa consommation. On parlera bien souvent de déni de la consommation ou des effets de celle-ci. Ce processus psychologique est très puissant : la personne qui consomme et détériore sa santé et les relations à son environnement social prétend souvent ne reconnaître ni le caractère dramatique de la situation, ni le lien entre celle-ci et sa consommation. Ceci apparaît souvent aberrant au soignant et est réellement insupportable pour l'entourage qui éprouve bien souvent le sentiment de dire sa souffrance à « un mur ». Actuellement, le déni semble relever à la fois d'une dimension subjective (le refus de l'image de l'alcoolique, le refus de la responsabilité des actes posés) et d'une dimension plus physiologique, qui traduit les déficits neurologiques qu'a entraînés cette consommation prolongée de boissons alcoolisées sur les processus cognitifs qui permettent le rapport au soi. C'est cette dimension de déni qui motive le travail thérapeutique important d'accompagnement du patient alcoolique vers un changement, comme décrit dans la section suivante.

3.2.1 La cure de désintoxication

La cure de désintoxication consiste en un programme spécifique mis en place dans un cadre hospitalier ou dans un centre spécialisé comprenant une unité de traitement des patients dépendants à l'alcool. Ce programme s'adresse aux personnes alcooliques menacées de rupture tant au niveau familial, social que professionnel (Derely & Dermine, 2001). Cette prise en charge médicale vise à interrompre la pharmacodépendance dans un cadre propice et à l'aide d'une pharmacologie adaptée. L'objectif de la cure de désintoxication est de mettre en place un sevrage visant l'interruption totale de la consommation d'alcool. Pour qu'elle soit efficace, elle doit toutefois s'inscrire dans un projet d'accompagnement en trois phases (Batel, 2011).

■ La préparation du changement

Durant cette phase, la personne va montrer de la résistance à la mise en place du sevrage. La personne va devoir prendre conscience qu'elle

ne peut plus vivre avec sa dépendance (Batel, 2011). Pour que la cure fonctionne, il est essentiel que le patient se réapproprie la demande de sevrage, même s'il n'y vient pas au départ de son plein gré (s'il est envoyé par son épouse ou son supérieur, par exemple).

■ *La réalisation du changement*

Lors de cette phase, deux types de sevrage peuvent être mis en place :

- 1) Le sevrage résidentiel, qui consiste en un séjour d'une durée variable à l'hôpital ou dans un centre spécialisé. Cette prise en charge comporte plusieurs avantages. Premièrement, la personne est assistée médicalement et est à l'abri de l'alcool et de ses tentations. Deuxièmement, l'hospitalisation lui permet d'effectuer différents examens médicaux favorisant notamment la prise de conscience de son état (cirrhose du foie, par exemple). Troisièmement, cela soulage le patient et son entourage du poids moral engendré par la dépendance.
- 2) Le sevrage ambulatoire, qui permet à la personne de rester dans son milieu de vie. Cependant, la prise en charge est rendue plus difficile par la proximité avec l'alcool (Batel, 2011) et il n'y a pas de surveillance en cas de sevrage difficile. C'est la raison pour laquelle il sera important d'instaurer des visites régulières du médecin généraliste au début de ces sevrages à domicile.

■ *Le maintien du changement*

Cette troisième phase vise à maintenir l'abstinence après le sevrage (Batel, 2011). Une fois le sevrage terminé, on ne peut pas parler de guérison mais plutôt de stabilisation ou de rémission, parce que les rechutes sont fréquentes. Notons que, dans la plupart des cas, le sevrage ne sera efficace que s'il est relayé par un projet thérapeutique. Une prise en charge psychothérapeutique est utile dans ce contexte parce qu'elle permet de considérer le patient dans sa globalité (Derely & Dermine, 2001) et de comprendre et de travailler l'ensemble des facteurs qui ont participé à l'initiation et au maintien de la dépendance alcoolique. Hormis les dimensions spécifiques abordées par les différents types de psychothérapie, le suivi doit aussi permettre le maintien d'un échange autour de la question des difficultés dans le rapport à l'alcool, ce qui est une dimension importante du maintien de l'abstinence. En effet, dans certaines approches psychothérapeutiques, la question de l'alcool finit par être occultée et la reprise de la consommation entrave alors le travail psychothérapeutique. Dans certains cas, il sera intéressant que deux intervenants distincts puissent aborder l'un les questions en lien

avec le maintien de l'abstinence et l'autre un travail psychothérapeutique plus général.

3.2.2 Les psychothérapies possibles

Plusieurs prises en charge psychologiques ont été étudiées empiriquement et sont considérées comme efficaces dans le traitement de l'alcoolisme (Read, Kahler & Stevenson, 2001). Étant donné qu'aucune ne s'est clairement démarquée des autres, nous les présentons tour à tour ci-dessous. De manière générale, certaines approches vont cibler de manière spécifique la question de la consommation, d'autres des dimensions beaucoup plus générales de l'individu.

■ *L'approche motivationnelle*

L'entretien motivationnel (EM), développé dans les années 1980 par Miller et Rollnick (1991), se définit comme « un style thérapeutique à la fois centré sur le patient *et* directif, visant à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller *et al.*, 2002 cités par Carruzzo, Zimmermann, Zufferey *et al.*, 2009, p. 407). Les principes et étapes de l'entretien motivationnel sont développés au chapitre 10).

Parallèlement à cette approche, Prochaska et DiClemente (1998 cités par Varescon, 2005) ont développé le modèle transthéorique du changement décrivant le parcours motivationnel du sujet dépendant en six stades (voir chapitre 10, figure 10.2). La prise en charge d'un patient alcoolique nécessite la prise en compte du stade dans lequel se trouve le patient. Au stade de précontemplation, la personne n'a pas conscience de son problème ; au stade de contemplation, elle reconnaît avoir un problème mais est ambivalente ; au stade de décision, elle prend la décision de modifier son comportement ; au stade de l'action, on assiste aux premiers temps du changement de comportement ; au stade du maintien, elle tente de résister aux tentations de retrouver son ancien comportement. La rechute, quant à elle, est caractérisée par un retour à l'ancien comportement. L'évolution n'est jamais définitivement acquise ; les retours à un stade antérieur sont toujours possibles (Malet, 2007). La technique de l'entretien motivationnel est surtout applicable à partir du stade de contemplation.

■ *L'approche systémique*

On constate souvent de nombreuses difficultés au sein du couple ou de la famille du patient dépendant ; celles-ci sont en partie causées par

le recours à l'alcool, mais elles peuvent également l'exacerber. Dès lors, il s'avère souvent utile d'inclure le système du patient dans sa prise en charge (Roussaux, Faoro-Kreit & Hers, 1996). L'approche systémique va permettre au sujet alcoolique de ne pas se sentir isolé dans sa maladie en intégrant la relation conjugale et familiale dans l'accomplissement et le maintien de la sobriété (Read *et al.*, 2001). Ainsi, le systémicien travaillera sur les relations qui existent entre les différents membres du système (Alhadeff, 2002). Pour le Pr Roussaux : « La thérapie familiale aide environ 60 % des personnes alcooliques ».

L'approche systémique fonctionne selon un modèle tripartite, en considérant que le symptôme (l'alcoolisme) est celui de l'ensemble du système dont fait partie le patient (Alhadeff, 2002). Puisque le symptôme est celui du système, on va travailler avec le système dans son ensemble. Le patient est en effet porteur du symptôme, mais il faut également prendre en compte le porteur de la plainte (souvent le conjoint) et les porteurs de la souffrance (le conjoint, les enfants).

Selon Roussaux : « Il y a le porteur de la plainte, le porteur de la souffrance et le porteur du symptôme. Quand le porteur de la souffrance est un adolescent, il est important de travailler avec lui. Mais, dans un premier temps, le setting fonctionnel sera le couple, puisque c'est le conjoint, porteur de la plainte, qui est venu dire que ça n'allait pas ».

La thérapie systémique a pour but d'accompagner le patient et sa famille en vue de redéfinir les rôles et les statuts de chacun, les liens qu'ils entretiennent entre eux, et de modifier la place qu'occupe l'alcool au sein du système (Varescon, 2005). Elle adresse également la question de la co-dépendance. Lorsque la personne alcoolique n'assume plus son rôle dans la famille, les autres membres vont avoir tendance à modifier leurs propres comportements afin de corriger le manque et ainsi rétablir l'homéostasie du système. L'épouse peut, par exemple, tenter de maintenir les relations avec l'extérieur en payant les factures, en donnant des excuses, en allant chercher les bouteilles de son mari, ou encore en effectuant l'ensemble de ses déplacements. Tous ces comportements auront pour objectif d'éviter au mari les conséquences négatives de sa boisson comme les accidents ou les contrôles routiers en état d'ivresse.

« Le co-alcoolique tente toujours d'arranger les choses, d'arrondir les angles ; il glisse une main protectrice entre la tête de l'alcoolique et le mur de la réalité. Tout en prolongeant l'équilibre du système conjugal, ceci permet paradoxalement la persistance du symptôme en annulant les phénomènes de rétroaction négative qui auraient pu le limiter. Aussi, bien involontairement, le « co-alcoolique » permet à la dépendance de

s'épanouir, puisqu'il la délivre de ses entraves » (Roussaux, communication personnelle, 2011).

La prise en charge systémique va proposer au co-alcoolique d'abandonner ses stratégies de contrôle et de reconnaître son impuissance (Alhadeff, 2002).

■ *La cure psychanalytique ou la thérapie d'inspiration psychanalytique*

Le corpus psychanalytique se révèle très utile pour comprendre l'addiction, la fonction psychique qu'elle revêt pour le sujet (voir par exemple de Timary & Faoro-Kreit, 2012).

Comme le souligne Faoro-Kreit, la psychanalyse considère qu'« il y a chez l'alcoolique une carence dans le fonctionnement psychique qui le laisse en proie à des tensions ingérables qu'il faut court-circuiter au plus vite par l'agir compulsif de boire. Ces tensions ne relèvent pas uniquement d'états affectifs pénibles mais sont également présentes lors de situations très agréables. Ce n'est donc pas la qualité positive ou négative de l'excitation qui doit être prise en compte mais la quantité de cette excitation qui par sa surcharge dépasse les capacités de contenance d'un sujet et qui l'angoisse. (...) L'alcool devient la seule solution dont le sujet dispose pour échapper à l'excitation qui le submerge et l'angoisse. (...) Incapable de contenir et d'élaborer psychiquement ce qu'il éprouve, l'alcool vient procurer au sujet l'apaisement désiré et salvateur. L'alcool peut toujours être là, il ne déçoit jamais. Il donne l'illusion de maîtrise des excitations en se donnant des sensations répétitives corporelles, même si celles-ci sont destructrices ».

Cette théorie analytique de l'alcool a été confirmée empiriquement. De plus en plus d'études mettent en effet en évidence un déficit de la régulation des émotions chez les personnes dépendantes. L'alcool joue le rôle d'une stratégie de régulation dysfonctionnelle qui vient tout à la fois anesthésier les affects déplaisants et augmenter les affects agréables. À l'instar de cette théorie, de nombreuses autres viennent éclairer la problématique alcoolique et fournir au clinicien des clés pour comprendre et aider le patient. Dans la pratique, plusieurs obstacles entravent le recours à la cure-type : absence de demande du patient alcoolique, difficulté à percevoir sa souffrance, intolérance au cadre analytique, difficultés de verbalisation et de mentalisation (fonctionnement opératoire), fragilité narcissique, etc. (Descombery, 2004). D'après Varescon (2005), il est donc préférable d'avoir recours à une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, dans laquelle les contraintes de la cure-type sont allégées,

notamment par l'intermédiaire du face à face qui permet un meilleur contrôle des émotions (Vachonfrance, 2006).

■ *Les approches cognitivo-comportementales*

De telles approches « considèrent qu'un trouble est un comportement qui a été appris de manière inadaptée à un moment donné de l'existence d'un individu et qui est maintenu par divers processus » (Malet, 2007, p. 445). Il s'agit dès lors d'identifier les processus cognitifs et émotionnels favorisant la consommation d'alcool et de les modifier afin de promouvoir un changement de comportement (Perney, Rigole & Blanc, 2008).

Plusieurs thérapies d'inspiration cognitivo-comportementales peuvent être utilisées dans le cadre de l'alcoolisme, idéalement en conjonction avec d'autres approches.

La thérapie cognitivo-comportementale. Les ingrédients varient selon les auteurs mais elle vise généralement à :

- 1) renforcer les compétences émotionnelles des patients : identifier ce qu'ils ressentent, pouvoir l'exprimer avec des mots, apprendre à tolérer la frustration et à gérer des affects désagréables sans recourir à l'alcool ;
- 2) renforcer les compétences sociales des patients : apprendre à interagir socialement sans avoir besoin de l'alcool, apprendre à s'affirmer et à communiquer ses besoins ;
- 3) renforcer la capacité à gérer les impulsions envers la consommation d'alcool.

La mindfulness ou la thérapie basée sur la pleine conscience. Celle-ci consiste à porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent sans la juger (Kabat-Zinn cité par Philippot, 2007, p. 191). L'individu est invité à concentrer son attention sur les éléments de son expérience directe (sa respiration, par exemple) et à adopter une attitude de non-jugement vis-à-vis de ses pensées et de son expérience émotionnelle (Philippot, 2007). La mindfulness privilégie une approche centrée sur soi et sur l'acceptation de ses expériences émotionnelles (Forgas cité par Philippot, 2007). Elle permet de sortir de notre tendance à vivre dans le passé ou dans le futur, en nous ramenant dans le présent. De nombreuses thérapies utilisent la mindfulness comme outil thérapeutique, notamment la thérapie de prévention de la rechute pour patients dépendants à l'alcool de Marlatt (cité par Philippot, 2007).

La thérapie de l'acceptation et de l'engagement¹ (voir par exemple Schoendorff, 2009, pour un livre en français). Celle-ci vise à promouvoir d'une part l'acceptation de son passé et des émotions désagréables. Plutôt que de chercher à fuir son vécu et ses émotions, cette thérapie insiste sur l'importance de reconnaître son vécu, d'accepter qu'on puisse ressentir des émotions désagréables, d'apprendre à observer ses pensées et à les laisser aller sans s'y accrocher. Cette thérapie part du principe que fuir ses émotions désagréables (au travers de l'alcool, par exemple) ne conduit qu'à les renforcer. D'autre part, cette thérapie prône également l'engagement. Il s'agit d'identifier ses valeurs existentielles et d'agir conformément à celles-ci, au lieu de s'« oublier » face aux exigences extérieures, qu'elles proviennent d'autrui ou de notre environnement. L'accent est mis sur l'importance de vivre dans l'ici et maintenant, de construire une vie qui a du sens.

■ Les thérapies de groupe

Ces thérapies peuvent se baser sur des courants théoriques différents (Varescon, 2005). L'avantage des groupes est qu'ils aident à surmonter une certaine passivité, à faciliter l'acceptation de la dépendance, à réduire le déni, notamment à l'aide de « l'effet miroir » (Malet, 2007).

Monsieur P. : « Dans les groupes, je dois aller chercher dans mes tripes et c'est dur de sortir toutes mes faiblesses (...). Je me mets en porte à faux par rapport aux jugements des autres (...). Mais si on prend cela positivement et constructivement, on ne peut en tirer que du bien. »

Ils permettent également d'augmenter la motivation à l'abstinence, de chercher ensemble des solutions aux problèmes émotionnels et communicationnels que les sujets rencontrent, d'apprendre à gérer les tensions et de répondre au besoin de support social (Levine & Gallogly, 1985 ; Varescon, 2005).

■ Les groupes d'entraide

Ces groupes ne sont pas basés sur un courant théorique particulier et visent à revaloriser, déculpabiliser, favoriser la communication, l'introspection et la compréhension de soi, ainsi qu'à soutenir les personnes alcooliques (Read *et al.*, 2001). Le fait de pouvoir partager son vécu avec

1. Plus connue sous l'acronyme de ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*)

des anciens consommateurs va permettre au sujet alcoolique de se sentir compris, sans jugement (Malet, 2007).

Parmi les groupes d'entraide, nous retenons notamment l'association des Alcooliques Anonymes (AA) où, au sein d'un groupe de paroles et d'expressions, la personne alcoolique est amenée à suivre un programme en douze étapes, caractérisant son évolution au sein même du programme. Cette stratégie en douze étapes vise une meilleure compréhension des caractéristiques de la maladie et de ses conséquences (Perney *et al.*, 2008). Les objectifs des AA sont de maintenir la sobriété et d'accepter l'alcoolisme comme une maladie qui peut être interrompue mais qui ne sera jamais éliminée (Read *et al.*, 2001).

Pour le Pr. Roussaux : « À des stades différents de guérison, certains continuent à aller dans ces groupes, même lorsqu'ils sont abstinents. Ils n'arrêtent de boire que 24h à la fois, ce qui est assez subtil, car ils ne disent pas qu'ils arrêtent pour toute leur vie. Sur 100 patients, il y en a 25 % qui, après un an, disent que cela leur a servi à quelque chose ».

A. Neumann indique que : « Les AA viennent à l'hôpital, on incite les patients à y aller mais on ne les oblige pas. C'est complémentaire, mais le format de groupe ne convient pas à tout le monde. »

3.2.3 Éléments essentiels à travailler avec le patient alcoolique

Cette liste n'est pas exhaustive. Il est à noter que la thérapie, quelle qu'elle soit, devra viser à travailler l'ensemble des difficultés (et non pas à se focaliser uniquement sur un problème spécifique).

■ Les compétences émotionnelles

Déficit dans l'identification des émotions. On note au sein de la population alcoolique une prévalence élevée d'alexithymie (difficulté à identifier ses sentiments, une difficulté à les communiquer à autrui, une pauvreté de la vie imaginaire et une pensée opératoire).

Pour Roussaux : « Cliniquement, on va souvent travailler sur l'alexithymie... Aider le patient à rendre conscient ses émotions, à pouvoir les exprimer ».

Outre cette difficulté à identifier leurs propres sentiments, les personnes dépendantes à l'alcool ont tendance à surestimer l'intensité des émotions exprimées par un visage, une voix ou un corps. Ceci pourrait expliquer le fait que ces mêmes personnes interprètent de manière erronée la nature des émotions des autres. Ce déficit d'identification est particulièrement vrai pour les émotions négatives. Par exemple, les personnes

alcooliques ont davantage tendance à percevoir de la colère dans les émotions neutres (de Timary & Faoro-Kreit, 2012). C'est aussi quelque chose qui sera utile de travailler en clinique.

Processus de régulation des émotions. Comme vu plus haut, l'alcool fait souvent fonction de stratégie de régulation des émotions (voir de Timary & Faoro-Kreit, 2012, pour une explication détaillée). En anesthésiant les émotions, l'alcool participe à un mécanisme d'évitement de l'émotion. Parce qu'il empêche le patient de résoudre les difficultés, l'alcool les exacerbe souvent, entraînant le sujet dans un véritable cercle vicieux. Il sera donc essentiel de fournir au sujet des clés pour apprendre à gérer les tensions, le stress et les émotions.

Monsieur P. : « L'alcool est venu parce que je n'arrivais pas à maîtriser toutes les tensions (boulot, famille etc.) (...). Aujourd'hui j'ai besoin d'énormément apaiser mes propres tensions internes pour ne pas consommer d'alcool. »

Déficit d'expression des émotions. Parce qu'elle tend à éviter ses émotions et celles d'autrui, la personne alcoolique n'exprime pas ses émotions ou les exprime de manière peu acceptable socialement (par exemple, en explosant de colère). En l'aidant à mieux communiquer ce qu'elle ressent, on augmente la probabilité que l'entourage puisse répondre à ses besoins (de Timary & Faoro-Kreit, 2012).

■ Relation avec l'autre – difficultés de communication

Comme abordé ci-dessus, l'alcoolisme est également « une maladie de la communication ». La personne alcoolique évite les mots pour communiquer et utilise son corps pour mettre en actes ce qu'elle n'arrive plus à exprimer. Le sujet alcoolique entretient un rapport difficile avec lui-même et son entourage. Dans des situations d'interactions sociales, il peut agir de manière non adaptée (de Gravelaine & Senk, 1995).

En thérapie, il est important d'axer le travail sur la réparation des liens. En effet, pendant des années, le sujet alcoolique a tenté de se passer des autres en s'isolant. Le travail thérapeutique va donc tenter de faire découvrir au patient alcoolique ce qu'est une relation saine fondée sur la confiance. Au sein de cette relation thérapeutique, le patient va pouvoir expérimenter et prendre des risques relationnels (de Gravelaine & Shenk, 1995).

■ *Affirmation de soi*

La consommation excessive d'alcool est très souvent en lien avec un manque d'affirmation de soi. Pour communiquer de manière appropriée, il est essentiel de s'affirmer, c'est-à-dire pouvoir transmettre à l'autre nos pensées, nos souhaits ainsi que nos sentiments. S'affirmer, c'est se respecter tout en respectant l'autre. Dans les phases d'alcoolisation, la personne va se sentir plus à l'aise pour communiquer et sera moins renfermée sur elle-même mais la communication ne sera pas forcément adaptée (Fanget & Rouchouse, 2007).

En thérapie, il est important d'axer également le travail sur l'affirmation de soi. Le patient pourra ainsi apprendre à mieux gérer ses conflits interpersonnels, à savoir dire non, à surmonter ses peurs, à prendre confiance en lui, à faire face à des situations désagréables, à faire l'expérience de sa singularité en s'exprimant en « je ». Cet accompagnement permettra de limiter les risques de rechute (Fanget & Rouchouse, 2007).

Selon Rousseaux : « Il est important de travailler sur l'affirmation de soi en psychothérapie. » Et selon A. Neumann : « C'est très fréquent que les personnes arrivent avec une estime très faible d'elles-mêmes (...). On travaille surtout sur la revalorisation de la personne, mettre en avant ce qu'elle a fait de bien et ses ressources. »

■ *Estime de soi*

L'alcool, la désocialisation, les problèmes relationnels peuvent engendrer une image négative de soi qui sera à son tour associée à des schémas cognitifs perturbés : « je suis nul, je ne vauds rien... ». Le recours à l'alcool permettra de combler momentanément cette faille, car l'alcool augmente la confiance en soi. Alcoolisés, les gens se perçoivent plus intéressants, plus attirants, plus drôles, plus dignes d'intérêt... alors que les autres, non alcoolisés, les perçoivent exactement à l'opposé. C'est un des problèmes de l'alcoolisme : l'alcool est nécessaire à l'estime de soi, alors qu'il la ruine chaque fois un peu plus. Il sera essentiel de travailler cette faille narcissique en thérapie.

■ *Rapport au corps*

La relation qu'entretient la personne alcoolique avec son corps est souvent mise à mal : le corps est souvent peu aimé et lourd à porter. La personne alcoolique pousse son corps à ingérer à outrance, presque dans un souhait de destruction. En se maltraitant, la personne tente de se sentir exister : « j'ai mal, donc j'existe ». Comme chez le sujet alcoolique, la communication verbale est difficile et c'est le corps qui laisse parler

le vécu émotionnel en se créant son propre langage bien souvent sous forme de somatisations (de Gravelaine & Shenk, 1995).

En période d'abstinence, toutes sortes de sensations, autrefois anesthésiées par l'alcool, vont se réveiller. Les séances de relaxation ou de visualisation peuvent aider la personne à faire la paix avec son corps et à recréer un lien entre le physique et le psychique. Grâce à ces différentes méthodes, le sujet peut à nouveau expérimenter toute une gamme de sensations saines (de Gravelaine & Shenk, 1995).

4. Conclusion

L'alcoolisme a une prévalence de plus en plus marquée et représente une cause importante de décès. Comme nous l'avons vu tout au long de ce chapitre, la dépendance à l'alcool est associée à de nombreuses difficultés psychologiques, somatiques, familiales et professionnelles, qu'il est important de prendre en compte dans une prise en charge intégrée et multidisciplinaire, en mettant l'accent sur un suivi psychologique et médicamenteux. En effet, aucune technique ne s'est imposée de façon prédominante dans la littérature. Il sera donc essentiel pour le psychologue de prendre en compte les besoins individuels de chaque patient afin de construire une intervention personnalisée. Par ailleurs, on distinguera les approches qui ciblent spécifiquement la question l'alcool d'autres approches qui interrogent plus la personne dans son ensemble.

Pour aller plus loin



DE TIMARY, P. & FAORO-KREIT, B. (2012). Régulation des émotions et dépendance à l'alcool. In M. MIKOLAJCZAK & M. DESSEILLES, *Traité de régulation des émotions* (pp. 357-372). Bruxelles : De Boeck.

LÉCALLIER, D. & MICHAUD, P. (2004). L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26(2), 129-134.

PHILIPPOT, P. (2007). *Émotions et psychothérapie*. Wavre : Éditions Mardaga.

ROUSSAUX, J.-P., FAORO-KREIT, B. & HERS, D. (1996). *L'alcoolique en famille : dimensions familiales des alcooliques et implications thérapeutiques*. Bruxelles : De Boeck & Larcier.

SCHOENDORFF, B. (2009). *Faire face à la souffrance : choisir la vie plutôt que la lutte avec la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement*. Paris : Éditions Retz.

Chapitre 10

LE TABAGISME¹

1. Par Elena Blagan, Véronique Cappeliez, Gaëtan Devos, Laurie Hardy, Louise Schinckus, Émilie Schul, Guillaume Wattier et Anne Weisgerber.

Expert-relecteur : Sophie Pierard, docteur en Psychologie, tabacologue, Tournai.

Sommaire

1.Introduction.....	197
2.Présentation de la problématique.....	197
2.1 Éléments d'épidémiologie	197
2.2 La dépendance tabagique	199
3.Comorbidités psychologiques	201
4.Prise en charge médicale	202
4.1 La substitution nicotinique.....	203
4.2. La Varénicline (Champix®)	205
5.Prise en charge psychologique	207
5.1 Quel type d'intervention choisir ?	207
5.2 L'entretien motivationnel	210
6.Conclusion.....	216

1. Introduction

« Au XX^e siècle, l'épidémie de tabagisme a fait 100 millions de morts dans le monde...

Au XXI^e, elle pourrait faire un milliard de victimes... » (OMS, 2011)

Ce n'est plus un secret pour personne, le tabac tue. 90 % des cas de cancers du poumon seraient causés par le tabagisme et un européen sur sept décèderait suite à sa consommation de tabac. Les complications engendrées par ce comportement sont nombreuses et diversifiées : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, bronchite chronique, cancer des reins, etc. L'arrêt tabagique constitue donc un enjeu majeur dans le domaine de la santé. Si certains patients parviennent à mettre fin à leur consommation sans assistance, d'autres ont besoin d'une prise en charge médicale ou d'une aide psychologique.

2. Présentation de la problématique

2.1 Éléments d'épidémiologie

Il existe des écarts importants dans la consommation de tabac et l'évolution du tabagisme de par le monde. Afin de rendre compte de ces différences, nous nous appuyons sur trois enquêtes récentes : celle de l'OMS (2011) à propos de la consommation mondiale, celle du CRIOC (2011a, 2011b) sur la consommation de tabac en Belgique et celle de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT, 2012).

2.1.1 Fréquence

Au niveau mondial, la consommation de tabac concerne près d'un milliard de personnes, soit presque 15 % de la population mondiale. L'OMS soutient que 80 % des consommateurs de tabac vivraient dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires.

En Belgique, le pourcentage de consommateurs demeure élevé, mais serait en nette diminution depuis une trentaine d'années. Entre 1982 et 1993, le pourcentage de fumeurs parmi les 15 ans et plus est passé de 40 % à 26 %. En 2010, celui-ci serait descendu sous le seuil des 18 % parmi lesquels 70 % seraient des fumeurs quotidiens et 30 % des fumeurs occasionnels (CRIOC, 2011a).

En France, parmi les 15 à 85 ans, malgré une diminution de la proportion de fumeurs durant ces vingt dernières années, le pourcentage de consommateurs de tabac s'élève encore à 31,6 % (26,9 % de fumeurs réguliers et 4,7 % de fumeurs occasionnels) (OFDT, 2012).

Selon l'OMS, cette diminution du tabagisme est généralisée dans les pays à hauts revenus, mais la tendance est inversée dans les pays en voie de développement. Ceux-ci sont actuellement les plus touchés par l'épidémie de tabagisme, mais également les moins armés pour faire face aux répercussions du tabac sur la santé. C'est en effet dans ces pays que la mortalité liée au tabac est la plus élevée, par manque d'informations sur les méfaits du tabac, par manque de législation et d'infrastructure médicale.

Le tabac tuerait la moitié de ceux qui en consomment. Ainsi, l'épidémie de tabagisme cause la mort de 6 millions de personnes tous les ans. Parmi celles-ci, un million serait des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée (OMS, 2011).

2.1.2 Facteurs de prévalence

Les études menées par le CRIOC en 2011 et l'OFDT en 2012 révèlent que le sexe, l'âge et le lieu de résidence ont un impact sur la consommation de tabac. En ce qui concerne le genre, il y a plus d'hommes que de femmes qui fument (22 % d'hommes contre 13 % des femmes sont fumeurs réguliers). Pour le facteur d'âge, il apparaît que les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement concernés par le tabagisme. Cependant, plus de la moitié de ces jeunes sont des fumeurs occasionnels qui ne fumeraient qu'en soirée ou entre amis. Les personnes âgées de 30 à 49 ans apparaissent comme étant plus sujettes à un tabagisme quotidien, ce qui peut refléter soit une différence de génération (les campagnes anti-tabac étaient moins présentes lorsque cette génération était adolescente), soit une réelle différence d'âge liée à une différence de moyens et/ou de qualité de vie. Le tabagisme, s'il est occasionnel à l'adolescence, peut s'estomper à l'âge adulte par manque d'occasions (si cela tient plus du comportement festif) ou au contraire s'installer en raison d'une vie plus stressante, de moyens plus importants pour acheter quotidiennement des cigarettes, d'une dépendance plus ancrée... Enfin, des différences de consommation apparaissent entre les différentes régions. En Belgique, la consommation dépasse la moyenne nationale en Flandre et en province de Namur. Par contre, la consommation est sous la moyenne nationale à Bruxelles et en Wallonie.

2.2 La dépendance tabagique

2.2.1 Physiopathologie

On distingue trois types de dépendance tabagique : la dépendance physique, la dépendance psychologique et la dépendance comportementale.

La dépendance physique est liée à l'action de la nicotine. C'est un alcaloïde qui exerce plusieurs effets psychoactifs sur le système nerveux central et périphérique. Son action peut être directe ou indirecte ; dans ce dernier cas, elle agit via la modification de certains médiateurs (sérotonine, catécholamines, etc.). L'inhalation de la nicotine provoque une sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline. La nicotine se lie également à des récepteurs cellulaires spécifiques (les récepteurs nicotiniques cholinergiques). Cette liaison provoque la libération de neurotransmetteurs, dont le principal est la dopamine qui joue un rôle-clé dans la perception neurologique du plaisir. La dépendance physique apparaît suite à l'action de la nicotine sur les voies dopaminergiques cortico-mésolimbiques, considérées comme les zones de récompense du cerveau. Lorsque l'apport de nicotine cesse, la production de dopamine est relâchée et les récepteurs dopaminergiques sont mis en alerte : le bien-être disparaît totalement et la personne ressent un manque (la demi-vie de la nicotine est de deux heures, donc deux heures après avoir absorbé de la nicotine, les premiers symptômes de manque physique apparaissent). Ce manque et le bien-être associé à la cigarette font que la consommation de tabac devient rapidement un problème chronique. On parle de tolérance ou d'accoutumance lorsque les récepteurs dopaminergiques s'habituent à l'apport de dopamine stimulée par la nicotine. Il faut alors davantage de dopamine (et donc de nicotine) pour susciter une même sensation de plaisir qu'au début.

Concernant la dépendance psychologique, la nicotine peut être considérée comme un « renforcement positif » car elle agit sur le système de récompense (les voies dopaminergiques cortico-mésolimbiques). Un renforcement positif est une substance qui augmente la probabilité de répéter un comportement précis (dans ce cas-ci : fumer du tabac). Le manque ressenti en l'absence de nicotine agit, quant à lui, comme une « punition » qui va diminuer la probabilité d'émettre le comportement associé à celle-ci (dans notre cas : l'arrêt momentané de la cigarette). La dépendance psychologique est entretenue par différentes croyances sur la cigarette, par exemple sur son effet anorexigène (je fume pour ne pas prendre de poids) ou antistress (je fume pour me calmer).

À ces deux dépendances s'ajoute la dépendance comportementale. La prise de tabac devient rapidement un réflexe conditionné dans de nombreuses situations : repas entre amis, pauses au travail, café du matin, etc. Ces moments de plaisir sont associés au tabac : l'un ne va pas sans l'autre. Ceci contribue à renforcer la consommation tabagique (chacune de ces situations s'accompagne forcément d'une cigarette) et à décourager l'arrêt de la consommation (la personne a l'impression qu'elle ressentirait moins de plaisir dans ces situations sans fumer).

2.2.2 Symptômes

Les symptômes de détérioration de la santé engendrés par le tabagisme surviennent à court et à long terme. Lorsqu'il y a une accoutumance à la nicotine, le fumeur peut aussi développer un syndrome de sevrage quand la dose de nicotine n'est pas suffisamment élevée dans le sang.

■ Symptômes à court terme

Une série de symptômes mineurs peuvent apparaître après les premières années de consommation de tabac. Les principaux sont l'augmentation des rhumes, un risque d'angine accru, des toux et expectorations, un jaunissement des doigts et des dents, une mauvaise haleine, une diminution de l'appétit, une irritation des yeux et de la fatigue.

■ Symptômes à long terme et maladies associées

Tableau 10.1 – *Synthèse des conséquences médicales du tabagisme*
(Nace & Tinsley, 2007)

Système squelettique	Accélération de l'ostéoporose Diminution de la densité de la masse squelettique Diminution du flux sanguin dans les os Retardement de la guérison des fractures
Système respiratoire	Cancer du poumon Obstruction pulmonaire chronique Bronchite chronique Emphysème Asthme
Système reproducteur	Trouble de l'érection Réduction de la fertilité Poids de l'enfant plus faible à la naissance Augmentation du risque de fausse couche Augmentation du risque de grossesse extra-utérine

Système cardiovasculaire	Insuffisance coronarienne Accidents vasculaires cérébraux Maladies vasculaires périphériques Anévrisme aortique
Système urologique	Cancer de la vessie Cancer de la prostate Cancer du rein
Système digestif	Cancer de la langue Cancer de l'œsophage et du pancréas Ulcères
Système cutané et pileux	Déshydratation de la peau (rides précoces, peau pâle et terne) Cheveux ternes et cassants Fragilisation des ongles

■ *Syndrome de sevrage*

Lorsque le taux de nicotine descend sous un certain seuil dans le sang, par exemple lors d'un sevrage tabagique, le fumeur ressent un manque qui s'accompagne d'une série de symptômes. Les plus fréquents sont l'anxiété, l'irritabilité, l'insomnie, la fatigue, les maux de tête, les difficultés de concentration, les vertiges, l'augmentation de l'appétit et le désir impérieux de fumer. Ces symptômes peuvent se maintenir durant deux semaines après l'arrêt tabagique, à l'exception du désir de fumer qui peut persister plusieurs mois ou années après l'arrêt de la consommation.

3. Comorbidités psychologiques

Sans pouvoir affirmer de lien de causalité, une corrélation étroite est observée entre tabagisme et dépression. Une personne ayant vécu un épisode dépressif majeur arrêterait moins fréquemment de fumer et signalerait davantage de symptômes dépressifs lors de la première semaine de sevrage. De plus, la prévalence de la dépendance nicotinique chez les patients dépressifs est plus importante que chez les personnes non dépressives.

Dans la population générale, il existe également une corrélation positive entre la consommation d'alcool et le tabagisme : 80 % des alcooliques fument (Aubin, Laureaux, Tilikete & Barrucand, 1999), et leur degré de dépendance tabagique est plus important. Il existe aussi une corrélation entre la toxicomanie et le tabagisme : 85 % des consommateurs de drogues illicites (cannabis, crack, cocaïne) sont fumeurs égale-

ment. Pour les individus dépendants de l'héroïne, ce pourcentage dépasse les 90 % (Kandel & Davies, 1996).

La prévalence du tabagisme chez les schizophrènes est trois fois supérieure à celle de la population générale (De Leon, Dadvand, Canuso *et al.*, 1995). Une hypothèse expliquant cette prévalence est que l'ennui et les difficultés relationnelles pousseraient les patients schizophrènes à recourir à la cigarette pour sa fonction psychosociale (Hughes, Hasukami, Mitchell & Dahlgreen, 1986).

Une étude montre que 51 % des femmes boulimiques et 32 % des femmes anorexiques sont fumeuses. De plus, leur niveau de dépendance semble plus important que la normale (Taieb, Flament, Perez-Diaz *et al.*, 2003).

Les autres pathologies corrélées positivement à la consommation de tabac sont les troubles bipolaires, les troubles d'hyperactivité, les troubles obsessionnels-compulsifs, la labilité émotionnelle, certains symptômes schizoïdes et la personnalité de type asocial.

Comme le suggèrent les résultats présentés ci-dessus, le tabac accompagne bien des désordres psychologiques ; il semblerait que la comorbidité entre les troubles psychologiques et le tabagisme soit partiellement attribuable à des facteurs génétiques communs (Kendler, Neale, MacLean *et al.*, 1993). Toutefois, certains sujets, soit parce qu'ils disposent de meilleures ressources, soit parce qu'ils bénéficient de plus de soutien de la part de leur environnement pour gérer les difficultés de la vie, parviennent à éviter la dépression qui accompagne si souvent ces troubles addictifs.

Outre le fait qu'il accompagne ces désordres psychologiques, le tabac en exacerbe certains, comme l'anxiété généralisée par exemple. Il peut en effet engendrer de nombreuses pensées angoissantes (« je vais mourir d'un cancer »).

4. Prise en charge médicale

Les approches médicales utilisées pour arrêter de fumer sont la substitution nicotinique ou la prescription de varénicline. Elles ne se justifient que chez les fumeurs motivés, en association avec un accompagnement comportemental. Nous n'aborderons pas ici le Bupropion (Zybanâ) car celui-ci est de moins en moins utilisé par les professionnels au profit de la varénicline (Champixâ).

4.1 La substitution nicotinique

Lors de l'arrêt tabagique, le corps humain n'a plus sa dose de nicotine quotidienne, ce qui entraîne des symptômes de sevrage. Pour les éviter, certains médecins préconisent l'usage d'un substitut nicotinique. Comme indiqué au tableau 10.2, cinq formes de substituts nicotiniques existent.

Tableau 10.2 – *Différentes formes de substituts nicotiniques (Foliapharmacothérapeutica, centre belge d'information pharmacothérapeutique, avril 2000)*

Substitut	Dosage de nicotine	Libération
Gomme à mâcher	2 et 4 mg (max 15/jour de 4 mg)	Muqueuse buccale
Emplâtre transdermique (Patch)	Nicorette® (5, 10 et 15 mg/16 h) Nicotinell®/Niquitin® (7, 14 ou 21 mg/24 h)	Épiderme
Spray nasal	10 mg/ml. 1 dose = 0,5 mg. Recommandation : 1 dose dans chaque narine et max 2X/heure pendant 16 heures/24 h.	Muqueuse nasale
L'inhalateur (embout buccal + cartouche de nicotine liquide remplaçable)	Dosage d'une cartouche = 10mg/ml de nicotine par embout	Muqueuse buccale
Comprimé sublingual (sous la langue)	2 mg dont 1 mg est résorbé par la muqueuse buccale (existe aussi en 4 mg)	Muqueuse buccale

4.1.1 Effets secondaires¹

Outre le fait que son efficacité n'est pas démontrée, la substitution nicotinique peut être responsable de vertiges, nausées, céphalées ainsi que de palpitations chez les personnes n'ayant pas développé de tolérance à la nicotine. Des troubles du sommeil peuvent apparaître avec les emplâtres transdermiques appliqués pendant 24 heures. Les patches peuvent provoquer rougeurs ou irritations sur la peau. Le spray nasal

1. Foliapharmacothérapeutica, Centre belge d'information pharmacothérapeutique, avril 2000.

peut irriter le nez et la gorge. L'inhalateur peut entraîner de la toux et une irritation de la gorge. Avec les comprimés sublinguaux, une légère irritation de la bouche et de la gorge peut survenir. L'arrêt brusque de l'utilisation des gommes à mâcher peut entraîner des manifestations de sevrage.

La substitution nicotinique est vivement déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement, mais aussi chez les individus ayant des antécédents d'ulcère peptique, ceux qui ont fait récemment un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral et ceux atteints de troubles graves du rythme cardiaque, d'hypertension, d'artériopathie périphérique, d'insuffisance rénale ou hépatique, de diabète sucré ou d'hyperthyroïdie.

4.1.2 Efficacité

L'efficacité des substituts nicotiniques est discutée et ne fait pas l'unanimité chez les chercheurs qui étudient cette question. Une équipe internationale (Silagy, Lancaster, Stead, Mant & Fowler, 2002) a analysé les résultats d'une centaine d'études portant sur les substituts nicotiniques : 51 concernaient les gommes à mâcher, 34 les patchs, 4 les inhalateurs, 3 les tablettes de nicotine et 4 le spray nasal. Au total, ces études ont porté sur plus de 35 000 fumeuses et fumeurs à travers le monde. D'après les résultats obtenus, les chercheurs ont conclu que chez les personnes recevant effectivement de la nicotine, l'abstinence au tabac est augmentée de 74 % par rapport à l'absence de traitement ou à l'administration d'un placebo (patch, gomme, etc. sans nicotine). Toujours selon ces études, l'abstinence était évaluée 6 ou 12 mois après le début du traitement, mais la très grande majorité des rechutes a eu lieu durant les 3 premiers mois. En ce qui concerne les gommes à mâcher, les chercheurs ont constaté que les fumeurs très dépendants utilisant des gommes à 4 mg de nicotine avaient deux fois plus de chances de réussir leur sevrage que ceux qui se contentaient de gommes à 2 mg. Par ailleurs, il est vraisemblable que l'utilisation simultanée de plusieurs types de substituts (patchs + gommes, par exemple) augmente les chances de sevrage, mais le sujet n'a pas encore été suffisamment étudié pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives.

Pour ce qui est des patchs, ceux portés pendant 16 heures (15 mg) paraissent avoir une efficacité comparable à ceux portés pendant 24 heures (22 mg). De même, le fait de continuer à porter des patchs au-delà de huit semaines après l'arrêt de la consommation, ou le fait de réduire la dose lentement plutôt que de manière abrupte, ne semblent pas améliorer les chances de réussir son sevrage. Bien que les substituts nicotiniques augmentent les chances de réussite, ces chances restent faibles si aucun autre soutien (médical ou psychologique) n'est offert en parallèle. En effet, et quel que soit le produit utilisé, les études dans

lesquelles les candidats au sevrage recevaient un soutien ont obtenu de meilleurs résultats par rapport aux études où les candidats étaient livrés à eux-mêmes. Les auteurs de cette analyse internationale insistent sur le fait que les substituts nicotiniques ne sont pas un remède miracle contre le problème complexe de l'addiction mais ces produits augmentent les chances de réussite, surtout lorsqu'ils sont accompagnés par d'autres méthodes (soutien médical, soutien psychologique). Quoi qu'il en soit, « beaucoup de fumeurs devront procéder à de multiples tentatives avec des stratégies variées avant de réussir », concluent-ils.

Une récente étude prospective menée par des chercheurs d'Harvard remet toutefois l'efficacité des substituts nicotinergiques en question. Ces auteurs, qui ont suivi près de 800 sujets pendant 6 ans, montrent que le risque de rechute est aussi important chez les fumeurs qui ont utilisé des substituts nicotiniques que chez les autres (Alpert, Connolly & Biener, 2012).

4.2. La Varénicline (Champix®)

La varénicline est un agoniste partiel de certains récepteurs nicotiniques. Le Champix® est soumis à la prescription et doit être pris sous contrôle médical en raison des contre-indications et des effets secondaires (voir ci-après).

L'administration de Champix® doit débuter environ 10 jours avant la date d'arrêt tabagique prévue. Pendant cette étape préparatoire, il est encore permis de fumer, mais l'effet agréable du tabac diminue. La varénicline a une action partielle sur les récepteurs nicotiniques. Elle permet la libération de la dopamine en concentration suffisante pour éviter les symptômes de manque mais insuffisante pour entretenir la dépendance. Comme elle occupe les récepteurs nicotiniques, elle minimise la satisfaction liée à la nicotine inhalée ; fumer n'apporte plus de satisfaction et le goût de la cigarette est découvert pour ce qu'il est ! Après les 10 premiers jours, le Champix® provoque une forme de dégoût chez les fumeurs qui continuent de fumer. La plupart des fumeurs réussissent ainsi à réduire leur consommation de tabac avant la date d'arrêt de celle-ci. La dose initiale est de 0,5 mg par jour en une prise pendant 3 jours, de 1 mg par jour en deux prises pendant les 3 ou 4 jours suivants, et de 2 mg par jour en deux prises pour le reste de la durée du traitement (12 semaines). Certains professionnels recommandent d'arrêter le traitement en diminuant progressivement la dose (Foliapharmacothérapeutica, 2007).

4.2.1 Effets secondaires

L'effet indésirable le plus fréquent est la nausée (entre 30 % et 50 % des patients traités selon diverses études). Viennent ensuite les insomnies, les céphalées, la prise de poids¹, les réactions cutanées, les troubles neurologiques et psychiques (dépression avec idéation suicidaire) et les manifestations de sevrage en cas d'arrêt brutal du traitement. La prudence est de rigueur chez les patients ayant des antécédents psychiatriques. Pour en savoir plus sur les autres effets secondaires ou approfondir ceux-ci, voir par exemple Dupont, Gillet, Guerin *et al.*, 2010.

4.2.2 Efficacité

L'étude d'Oncken, Gonzales, Nides *et al.* (2006) conclut que la varénicline est efficace dans le sevrage tabagique aux doses de 1 mg et de 0,5 mg (respectivement 49,4 % et 44 % de sevrages réussis) contre 11,6 % de sevrages réussis entre la 9^e et la 12^e semaine pour le groupe placebo. L'étude de Nides, Oncken, Gonzales *et al.* (2006) concluait que seule la varénicline à la dose de 1 mg deux fois/jour restait supérieure au placebo à 12, 24 et 52 semaines. Cependant, ces deux études comportaient beaucoup de critères d'exclusion ce qui n'est pas forcément représentatif de la population générale. Dupont (2008) met en évidence que « la Food and Drug Administration (FDA) retrouve quant à elle une augmentation du risque cardio-vasculaire avec la varénicline et a noté depuis sa commercialisation des cas de dépression et autres troubles psychiatriques. Compte tenu des nombreux critères d'exclusion des six études de phase II et III, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a mis en place un plan de gestion des risques et demandé la réalisation d'études complémentaires dans certaines populations exclues jusqu'à présent telles que les mineurs ou les femmes enceintes. L'une des études de phase III conclut à l'intérêt d'une prolongation du traitement (12 semaines supplémentaires) dans la prévention de la reprise du tabagisme. Plusieurs limites de cette étude ont été relevées par son auteur, et la méta-analyse de la Cochrane Library conclut que l'efficacité de la varénicline comme aide à la prévention des rechutes n'a pas été clairement établie ».

1. Dans l'étude de Jorenby Hays, Rigotti *et al.* (2006), la prise de poids a été de 2,29 kg en moyenne dans le groupe varénicline contre 1,52 kg dans le groupe placebo.

5. Prise en charge psychologique

5.1 Quel type d'intervention choisir ?

De manière générale, toute prise en charge psychologique augmente l'efficacité de l'arrêt tabagique (voir Lancaster & Stead, 2005 pour une méta-analyse). Il est toutefois possible que certaines prises en charge soit plus efficaces que d'autres. Nous décrivons brièvement ci-après quelques unes des prises en charge ayant prouvé leur efficacité, avant de nous attarder plus spécifiquement sur l'entretien motivationnel.

5.1.1 La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Elle est classiquement composée de trois phases :

- 1) la phase préparatoire consiste à informer le patient des stratégies facilitant l'arrêt de sa consommation et à augmenter sa motivation à arrêter ;
- 2) la phase d'arrêt permet au patient de diminuer graduellement sa consommation de tabac afin d'éviter les symptômes de sevrage¹. Une psychoéducation concernant la maintenance du comportement tabagique et le rôle de l'anxiété dans l'habitude de fumer est également mise en place ;
- 3) la phase de maintenance de l'abstinence a pour but de prévenir la rechute en améliorant la capacité du patient à gérer les situations quotidiennes pouvant favoriser l'anxiété ou la reprise de sa consommation (Hernandez-Lopez, Luciano, Bricker *et al.*, 2009).

5.1.2 La thérapie de l'acceptation et de l'engagement (TAE)

Celle-ci se fonde sur le postulat que fumer est une stratégie visant à diminuer à court terme l'anxiété. Cette thérapie peut se résumer en quatre étapes :

- 1) le thérapeute analyse le coût que peut occasionner l'action de fumer, en montrant que cette tentative de contrôler nos pensées, nos émotions ou nos sensations négatives est inefficace sur le long terme (voir figure 10.1) ;
- 2) il clarifie les valeurs du patient et sa motivation à s'engager dans des choix personnels. Celui-ci est invité à détecter les avantages et les

1. Une méta-analyse (Lindson, Aveyard & Hughes, 2010) menée sur dix études a cherché à comparer les résultats d'un arrêt progressif de la cigarette à celui d'un arrêt brutal sans parvenir à trouver de différence significative entre ces deux types d'arrêt.

- inconvenients de l'arrêt, et à s'engager dans des actions favorisant un arrêt définitif ;
- 3) le patient procède à des exercices de défusion qui vont l'aider à prendre de la distance avec ses pensées négatives (et ses obsessions pour la cigarette) et à les considérer pour ce qu'elles sont : des produits de l'imagination ;
 - 4) le patient est encouragé à augmenter sa volonté de faire l'expérience d'événements aversifs en distinguant les vraies possibilités de changement.

Il est important de noter que la TAE considère la rechute comme un élément constitutif du processus visant à renoncer à fumer : il ne s'agit que d'un détour et il est toujours possible de revenir sur la direction initialement prise (Hernandez-Lopez *et al.*, 2009).

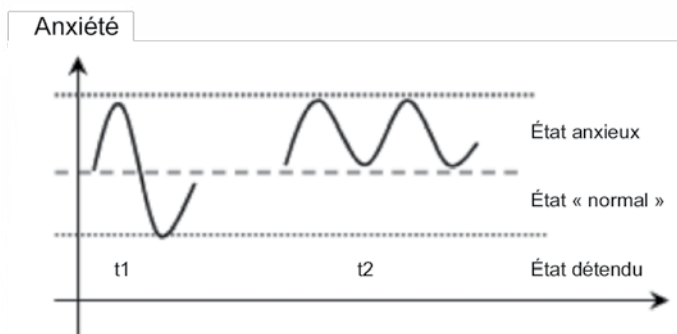


Figure 10.1 – « Fumer détend » : une fausse croyance sur l'effet de la cigarette¹

5.1.3 Les interventions d'auto-assistance (prospectus, livres ou manuels autodidactiques)

Ils ont pour but de motiver et de soutenir les changements comportementaux liés à l'arrêt de la consommation. Penser que les « trucs » délivrés par le prospectus ou le livre sont efficaces mènerait à une augmentation des attentes d'un résultat positif ainsi qu'à un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé, ce qui favoriserait le changement (Dijkstra & Vries, 2001).

1. Alors qu'au *t1* (au début), la cigarette peut effectivement apporter un sentiment de détente lorsque l'individu fait face à un stresser, au *t2*, une fois l'accoutumance installée, c'est l'absence de cigarette qui fait office de stresser. Fumer ne détend plus mais ramène simplement à l'état « normal ».

5.1.4 Motivation à arrêter et entretien motivationnel

Différentes études montrent qu'un patient qui est informé, ne fût-ce qu'une fois, par un professionnel de la santé, des risques du tabagisme et de l'existence de stratégies qui facilitent l'arrêt de la consommation a significativement plus de chances d'arrêter de fumer (Le Foll & George, 2007 ; Raw, Regan, Rigotti & McNeil., 2009). En outre, les études longitudinales suggèrent que le facteur psychologique le plus prédictif de l'arrêt tabagique est la motivation à arrêter (Osler & Prescott, 1998). L'entretien motivationnel semble donc une stratégie de choix en ce qui concerne le tabagisme. Il s'agit d'une approche thérapeutique innovante qui se révélerait particulièrement prometteuse chez les adolescents, chez les individus souffrant de comorbidités médicales ainsi que chez les personnes ambivalentes par rapport au changement (voir figure 10.2) (Hettema & Hendricks, 2010 ; Steinberg, Ziedonis, Krecji & Brandon, 2004). Nous la décrivons par conséquent plus en détail ci-après.

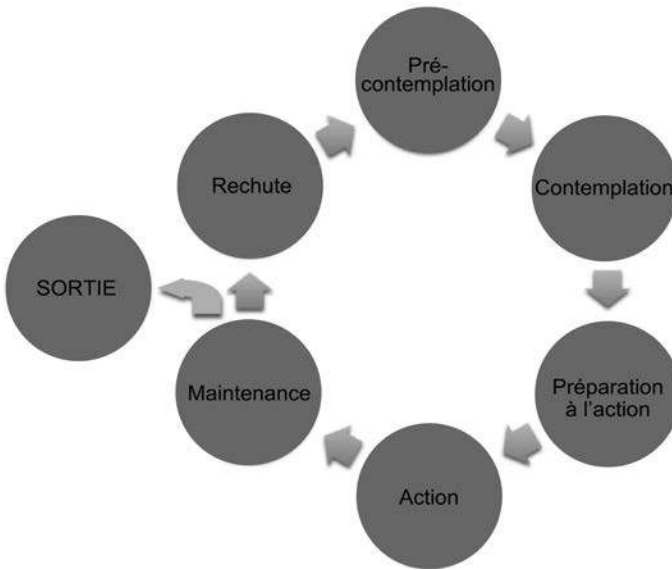


Figure 10.2 – *Modèle de Prochaska et DiClemente*

L'utilisation des stades de la motivation au changement de Prochaska et DiClemente peut être utile afin de mieux cerner si la technique de l'entretien motivationnel est adaptée au patient. Au stade de précontemplation, le patient est un fumeur heureux (au fond, il ne veut pas arrêter) et, à ce stade, les chances de l'amener à arrêter de fumer sont faibles. Une fois que le patient arrive au stade de contemplation, il devient ambivalent face au changement ; l'entretien motivationnel permet de travailler cette ambivalence afin de le faire passer à l'action !

5.2 L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel¹, développé par Miller et Rollnick (2006, p. 31), se définit comme « une méthode directive, centrée sur le client, visant à augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence ».

Selon les auteurs, le changement est un processus naturel dont le facteur sous-jacent est la motivation au changement. L'intervention thérapeutique ne serait qu'un facilitateur de ce processus : les arguments en faveur du changement doivent venir du patient car lui seul est le véritable expert de ses problèmes. Le thérapeute a pour but de guider celui-ci en étant attentif, responsable et créatif. Les auteurs soulignent pour ce faire l'importance des attitudes thérapeutiques développées par Carl Rogers (l'empathie, l'authenticité et l'acceptation inconditionnelle) et le fait que le professionnel doit croire au changement : si celui-ci n'a pas foi en son intervention, le patient n'a que peu de chance de changer.

Bien que le changement soit un processus naturel, sa mise en œuvre n'est pas toujours facile. Selon Miller et Rollnick (2006), une des principales difficultés serait l'ambivalence face au changement. L'individu veut en même temps arrêter de fumer *et* continuer à fumer. Ce conflit a tendance à figer l'individu et à l'empêcher d'avancer, causant ainsi un fort sentiment de détresse et d'angoisse. Afin de mieux conscientiser l'ambivalence, le thérapeute peut recourir à la technique de la « balance décisionnelle » que nous évoquerons plus loin.

L'entretien motivationnel consiste donc en un mode de communication particulier dont l'objectif est de faire émerger les motivations propres à l'individu afin de faciliter un changement naturel qui soit cohérent avec les valeurs et les croyances de celui-ci. Le thérapeute facilite le changement en encourageant l'émergence d'un discours-changement. Il s'agit d'un discours optimiste qui cherche à mettre en évidence les inconvénients du *statu quo* et les avantages du changement, et qui favorise chez le patient l'expression de la confiance qu'il a en sa capacité de changement et de son intention de s'y engager. Si le patient ne considère pas le changement comme important, s'il ne se sent pas capable d'y parvenir ou si d'autres problèmes lui semblent plus préoccupants, il est peu probable que le changement survienne.

Quatre principes généraux régissent les stratégies spécifiques à l'entretien motivationnel.

1. Pour cette partie, nous nous référons principalement à l'ouvrage de Miller et Rollnick (2006), *L'entretien motivationnel*, Paris : Dunod.

- 1) Le thérapeute se doit d'exprimer de l'empathie : il accepte le patient tel qu'il est et cherche à le comprendre sans le juger. Cette attitude respectueuse favorise l'alliance thérapeutique et soutient l'estime de soi du patient.
- 2) Le thérapeute essaie de développer de la divergence en amplifiant la manière de voir du patient, ce qui va mettre en évidence l'écart qui peut exister entre les comportements actuels du patient (fumer) et ses valeurs personnelles (être libre, être en bonne santé, ne pas gaspiller son argent...).
- 3) Le thérapeute veille à rouler avec la résistance. La résistance et l'ambivalence sont des éléments naturels pouvant signifier qu'il y a de la dissonance dans la relation thérapeute-patient. Ils doivent être vus comme un signal invitant à changer de perspective et à laisser le patient être acteur du processus de changement.
- 4) Le thérapeute cherche à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient. Plus le patient aura confiance en sa capacité d'arrêter, meilleures seront les chances de succès.

En résumé, les trois préceptes fondamentaux de l'entretien motivationnel sont :

- 1) la collaboration : l'expertise du client est prise en compte, on guide celui-ci plutôt que de le contraindre ;
- 2) l'évocation : le patient possède en lui les ressources nécessaires aux changements, il « suffit » de les mettre à jour ;
- 3) l'autonomie : les choix sont ceux du patient, la décision finale lui appartient.

5.2.1 L'entretien motivationnel étape par étape

■ Construire la motivation au changement

L'entretien motivationnel peut se résumer en trois grandes phases.

Lors de la première, le thérapeute repère chez le patient deux types de discours afin d'y répondre de manière appropriée : il favorise le discours-changement et diminue le discours-résistance. Afin de susciter le discours-changement, le thérapeute sollicite le patient à l'aide de questions ouvertes qui vont permettre à ce dernier d'élaborer sa pensée : « En quoi pensez-vous que cette thérapie pourra vous aider à arrêter votre consommation de tabac ? » L'usage de la balance décisionnelle va également aider le patient à clarifier et à explorer l'ambivalence liée au changement (voir tableau 10.3). Lorsque des notions plus abstraites telles que la motivation ou le progrès sont évoquées, l'utilisation de *scales questions* offre l'opportunité au patient et au thérapeute de parler

le même langage et de se comprendre : « Sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 représente une absence totale de motivation à arrêter et 10 une motivation maximale, où vous situeriez-vous ? » Le thérapeute n'oublie pas d'interroger le patient sur ses objectifs de vie et ses valeurs car ceux-ci sont généralement des arguments de poids pour le changement : prendre conscience que le comportement tabagique nous éloigne de nos valeurs encourage la décision d'arrêter. Lorsque le désir de changement est faible, le professionnel peut aussi « questionner les extrêmes » et interroger le patient sur ses inquiétudes liées à son comportement : « Si vous continuez à fumer sans aucun changement, quelle serait la pire chose qui puisse vous arriver ? »

Tableau 10.3 – *Exemple d'une balance décisionnelle*
(Kröger et Lohmann, 2007)

Avantages de fumer	Inconvénients de fumer
Je contrôle mon poids à l'aide de la cigarette. Fumer me permet de sociabiliser plus facilement. Je me concentre mieux en fumant. Je peux me relaxer en fumant. Je me sens mieux en fumant.	Je risque plus facilement un cancer. Au travail, je dois toujours sortir pour fumer. En tant que fumeur je suis un mauvais modèle pour mes enfants. La cigarette me coûte 180 euros /mois. Je sens mauvais et cela me gêne.
Inconvénients d'une vie sans cigarette	Avantages d'une vie sans cigarette
Je vais probablement prendre du poids. Mes amis vont être irrités. J'ai peur de ne pas réussir. Je crains ma mauvaise humeur, qui causera des querelles. J'ai peur d'abandonner une si vieille habitude.	J'épargnerai plus de 2 000 euros par an. Je ne sentirai plus mauvais. Je serai fier d'avoir réussi à arrêter. Je serai à nouveau plus sportif. Ma peau sera plus belle. Je ne devrai plus penser tout le temps au temps qu'il me reste avant que je tombe à court de cigarettes.

De la même manière, le thérapeute peut augmenter la confiance en soi du patient et permettre à celui-ci de se sentir capable de changer en faisant émerger des éléments qui vont venir renforcer son sentiment d'efficacité personnelle. Cela se résume essentiellement par des questions ouvertes qui explorent les succès passés et les forces personnelles du patient, ainsi que les soutiens dont il dispose et les possibilités futures qui s'offrent à lui : « S'il vous est déjà arrivé d'arrêter de fumer, quels sont les éléments qui vous ont aidé à y parvenir ? Dans vos ressources et vos capacités personnelles, quelles sont celles qui peuvent vous aider

à arrêter de fumer ? Par quoi commenceriez-vous pour arrêter votre consommation de tabac ? »

Le thérapeute valorise et encourage son patient à l'aide de compliments, tout en veillant à ne pas en abuser. Il utilise également différentes formes de reflets afin d'accentuer et de renvoyer au patient les éléments qui lui semblent pertinents. Enfin, il résume de temps à autre les propos du patient afin de renforcer une nouvelle fois ce qui a été dit et de témoigner de son écoute attentive. L'usage de résumés facilite aussi la transition vers l'élaboration d'une nouvelle idée.

Certains pièges sont cependant à éviter, notamment lorsque nous devons faire face à un discours-résistance de la part du patient. La résistance signale que le patient et le thérapeute ne sont pas sur la même longueur d'onde. Il faut alors faire preuve d'une position basse et se calquer à nouveau sur le patient en évitant l'argumentation, le rôle de l'expert, la critique, la culpabilisation, l'étiquetage ou toute autre intervention qui risquerait d'amener le patient à prendre une position défensive et à argumenter en faveur de l'absence de changement. Diverses techniques telles que le recadrage (par exemple, chez un patient qui se désespère d'avoir échoué trois fois dans sa tentative d'arrêt, le thérapeute peut mettre en exergue sa ténacité et rappeler que le nombre d'essais moyens avant que les gens n'abandonnent complètement est de quatre, Miller et Rollnic, 2006, p. 130) permettent de répondre de façon adaptée à la résistance du client.

■ *Renforcer l'engagement au changement*

Quand le patient commence à présenter des signes montrant qu'il serait disposé à changer (par exemple, une diminution de la résistance), il est temps de renforcer son engagement dans le changement. Le thérapeute doit malgré tout rester prudent et ne pas aller trop vite au risque de sous-estimer l'ambivalence encore présente. Il importe également de trouver un juste milieu entre un plan d'action trop directif et un défaut d'orientation pouvant conduire le patient à faire du surplace.

Afin d'entrer dans cette deuxième phase le thérapeute synthétise avec le patient les éléments identifiés durant la phase précédente. Une fois ces différents éléments récapitulés, le thérapeute va poser une ou plusieurs questions afin d'identifier quelle serait, selon le patient, la prochaine étape du processus : « À ce stade, que pensez-vous qu'il faille faire ? Quelles décisions prenons-nous ? » À ce moment de la thérapie, lorsque le patient nous fait part de ses projets ou de ces incertitudes, nous pouvons, tout en veillant à respecter l'autonomie de celui-ci, l'informer ou le

conseiller sur les possibilités qui s'offrent à lui : « Bien que je ne sache pas si vous allez être d'accord, je peux vous proposer quelques idées pour amorcer l'arrêt ? » Dans le cas du tabagisme, certains stimuli environnementaux ont acquis pour le patient, à la suite d'une association répétée avec l'ingestion de nicotine, une saillance motivationnelle élevée. Ces stimuli environnementaux font souvent partie de la vie quotidienne du fumeur et sont difficilement évitables par celui-ci (Le Foll & George, 2007). Il importe donc de pouvoir l'aider à trouver des comportements alternatifs (voir tableau 10.4).

Tableau 10.4 – *Exemple de comportements alternatifs*
(Kröger & Lohmann, 2007)

Déclencheurs	Comportements alternatifs
Après le réveil	Avoir un verre d'eau près du lit. Se lever tout de suite.
Après le petit-déjeuner	Lire le journal. Faire des mots-croisés.
Au téléphone	Avoir un crayon dans la main libre. Dessiner.
Lors de fêtes, de soirée ou de réunions de familles	Bouger beaucoup. Parler à des gens qui ne fument pas. Aller dehors pour respirer de l'air frais.
La pause au travail	Boire quelque chose. Respirer de l'air frais.
En voiture	Écouter la radio consciemment. Prendre un chewing-gum.
En buvant du café	Boire du thé au lieu de café. Boire un verre d'eau. Manger des biscuits.
En buvant de l'alcool	Ne pas boire d'alcool les premiers jours. Jouer avec un crayon ou un stylo.
Lorsque l'on est énervé, en colère	Parler à quelqu'un. Faire du sport, aller courir. Noter la cause de la colère.

Toutefois, un fumeur n'est pas l'autre. Une personne peut, par exemple, utiliser la cigarette comme automédication contre une dépression alors qu'une autre peut le faire pour se calmer en situation de stress. Ces personnes vivront l'arrêt très différemment. De même, certains individus ont besoin de beaucoup de soutien social pour pouvoir changer alors que d'autres ne comptent que sur eux-mêmes. C'est pourquoi, ces compor-

tements alternatifs doivent être travaillés au cas par cas, notamment en établissant une hiérarchie des situations à risque (Kröger & Lohmann, 2007).

Une fois que l'intervenant a proposé conseils et informations au patient, l'élaboration d'un plan de changement peut voir le jour. Ce plan, négocié et élaboré avec le patient comporte des objectifs clairs, précis et réalistes, ainsi que les étapes et les différentes méthodes pour y parvenir.

Document de travail pour le plan de changement

Les raisons les plus importantes pour lesquelles je veux faire ce changement sont :

1. Mes objectifs principaux en accomplissant ce changement sont :
2. Afin de réaliser mes objectifs, je prévois de faire les actions suivantes :
 - Action :
 - Quand ?
3. Pour m'aider à changer, je peux compter sur les personnes suivantes :
 - Qui ?
 - Façons possibles de m'aider :
4. Voici des obstacles au changement et comment y faire face :
 - Obstacles possibles :
 - Comment réagir ?

Je saurai que mon plan marche quand je verrai les résultats suivants :

(Miller & Rollnick, 2006)

Quand ces différentes étapes ont été franchies, le thérapeute cherche à obtenir l'approbation du patient quant à son engagement. Afin de renforcer celui-ci, nous pouvons suggérer au patient d'avertir ses proches de sa décision et de les impliquer dans le projet. Toutefois, si le patient montre des signes de réticence, cela ne doit en aucun cas être considéré comme un échec. Le thérapeute adopte une position basse, admet qu'il a sauté les étapes et laisse la porte ouverte en offrant d'en reparler plus tard.

Dès lors que le patient s'engage dans le changement, le cycle de l'entretien motivationnel se termine, mais la thérapie peut néanmoins se poursuivre au travers d'une troisième phase comportant des entretiens plus spécifiquement centrés sur l'action où l'on accompagne l'individu dans son processus de changement.

5.2.2 Commentaires

Tout d'abord, les personnes qui tentent à nouveau d'arrêter leur consommation après une rechute ne repartiront pas de zéro car elles ont l'opportunité d'analyser leurs tentatives précédentes et de tenir compte de leurs erreurs. Arrêter de fumer n'est pas simple. Il faut, entre autre, réorganiser son temps et ses habitudes : le temps que nous passions à fumer doit être comblé par d'autres activités. Ce processus de réorganisation nécessite un cheminement long et éprouvant au cours duquel la rechute est toujours possible. Celle-ci doit être vue comme un élément naturel du changement.

Deuxièmement, soulignons que le rôle joué par les facteurs sociaux et le contexte environnemental n'est pas toujours mis en avant dans l'entretien motivationnel alors que ceux-ci ont parfois une importance considérable (Hettema & Hendricks, 2010).

Troisièmement, étant donné qu'une dépendance physique peut exister, l'utilisation d'une médication comme appoint à un entretien motivationnel mérite d'être discutée. Toutefois, différentes études épidémiologiques révèlent que la plupart des fumeurs qui parviennent à arrêter de fumer le font en l'absence d'une pharmacothérapie (Le Foll & George, 2007).

6. Conclusion

Comme l'ont montré les enquêtes menées par l'OMS (2011), le CRIOC (2011a, 2011b) ou l'OFDT (2012), le tabagisme touche une grande partie de la population. Cependant, étant donné le taux élevé de comorbidités associées au tabagisme, l'accent n'est que rarement mis de prime abord sur la consommation de tabac : on se focalise sur la gestion des conséquences (comme l'infarctus ou le cancer) plutôt que sur la cause. Les effets néfastes de la nicotine sont toutefois importants (c'est la première cause de décès évitable ; CRIOC, communiqué de presse, février 2001) et c'est la raison pour laquelle il est utile d'intervenir. Au niveau des traitements pharmacologiques, les substituts nicotiniques et la varénicline sont principalement utilisés. Bien qu'elles permettent un sevrage physique efficace à court terme, ces interventions ne parviennent pas à combler le vide psychique laissé par l'absence de cigarette sur le long terme et peinent à prévenir la rechute. Une approche psychologique semble donc souhaitable pour accompagner le fumeur dans sa démarche. Parmi les

interventions les mieux validées à ce jour, l'entretien motivationnel semble être une approche pertinente. En se focalisant sur l'augmentation de la motivation intrinsèque de l'individu notamment par la mise en évidence des valeurs qui lui sont propres et en cherchant des alternatives au comportement actuel, l'entretien motivationnel favorise un meilleur engagement dans le processus de changement et, par là même, assure une modification plus profonde et durable du comportement.

Pour aller plus loin



MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2006) *L'entretien motivationnel*. Paris : Dunod.

CUNGI, C. (2005). *Faire face aux dépendances : Alcool, tabac, drogue, jeux, internet*. Paris : Retz.

LAGRUE, G., DUPONT, P. & AUBIN, H.S. (2004). *Comment arrêter de fumer ?* Paris : Odile Jacob. <http://www.stop-tabac.ch/>

L'AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR¹

1. Par Denis Bertinchamps, Myrtille Fabry, Aurélie Muls, Nina Richir, Charlotte Tasiaux, Matthieu Van Driessche, Astrid Vercauteren et Anaïs Wodon.

Expert-relecteur : Anne-Laurence Coopman, psychologue, psychothérapeute, collaboratrice scientifique à l'Université catholique de Louvain.

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les personnes qui ont témoigné dans le cadre de la rédaction de ce chapitre, l'association Amptr'aide pour sa relecture attentive ainsi que les professionnels de la santé qui nous ont permis de mieux comprendre la réalité des personnes amputées, en particulier le Docteur Benoît Maertens pour ses conseils judicieux.

Sommaire

1.Introduction.....	221
2.Présentation de la problématique.....	221
2.1 Épidémiologie et étiologie	221
2.2 Implications du trouble	222
3.Comorbidités psychologiques	224
3.1 Difficultés psychologiques consécutives à l'amputation.....	224
3.2 Troubles de l'adaptation	226
3.3 Facilitateurs de l'adaptation	227
4.Prise en charge	228
4.1 Prise en charge médicale.....	228
4.2 Prise en charge psychologique.....	229
5.Conclusion	237

1. Introduction

En préambule à ce chapitre, il faut noter d'emblée que l'amputation et ses conséquences sont peu abordées dans la littérature. L'objectif de ce chapitre sera néanmoins de fournir, à partir de la littérature existante, un exposé de la problématique de l'amputation en commençant par quelques données épidémiologiques. Les douleurs vécues par les patients et les comportements associés à cette blessure seront ensuite présentés, de même que les comorbidités psychologiques telles que les troubles de l'humeur ou les troubles de l'adaptation. Pour terminer, nous évoquerons les pistes d'intervention et, en particulier, les facettes du travail psychologique avec les personnes amputées. Ce chapitre sera illustré d'extraits d'entretiens avec des personnes amputées et des professionnels travaillant dans le domaine de l'amputation.

2. Présentation de la problématique

2.1 Épidémiologie et étiologie

Bien que l'amputation du membre supérieur (main, avant-bras, bras) soit souvent plus handicapante que l'amputation d'un membre inférieur (pieds, jambe, cuisse, bassin) pour diverses raisons (troubles de l'équilibre en cas d'amputation du bras, perte possible de la main dominante), nous nous centrerons au cours de ce chapitre sur l'amputation du membre inférieur car elle représente 86 % des amputations, contre 14 % d'amputations du membre supérieur. Il est à noter cependant que la majorité des éléments évoqués (en dehors des données épidémiologiques) sont applicables aux deux types d'amputations.

Les données épidémiologiques concernant l'amputation sont assez pauvres. Selon un rapport de l'unité mobile de coordination adultes des Soins de suite et de réadaptation (SSR) du Bassin de Saint-Étienne (2008), la prévalence des amputés de membre inférieur en France serait de 1,7/1000 soit entre 83 000 et 93 000. L'incidence serait de 8 300 nouveaux cas par an soit 0,14/1000. Les hommes seraient plus souvent concernés que les femmes.

On distingue, selon l'étiologie, 4 types d'amputation des membres inférieurs :

- 1) Les amputations vasculaires : (55 % dont environ 70 % de gangrène et 30 % d'ischémie aiguë), pouvant concerner un orteil seulement, le pied ou la jambe jusqu'à la cuisse ou même la hanche¹. Les principaux facteurs de risque sont le diabète (1/3 des patients), l'hypertension, la dyslipidémie et le tabagisme. Ces amputations concernent surtout des sujets âgés (> 60 ans) ;
- 2) Les amputations traumatiques : (35 %) survenant le plus souvent chez le sujet jeune (entre 20 et 40 ans) à la suite d'accidents de la route ou du travail. L'amputation est une fois sur deux tardive, après échec d'une tentative de « sauvetage » du membre ;
- 3) Les amputations tumorales : (5 %) sur ostéosarcome ou métastases ;
- 4) Les amputations congénitales ou agénésies : pouvant atteindre un ou plusieurs membres, avec environ 20 nouveaux cas par an en France. Ces amputations ne sont pas le résultat d'une résection chirurgicale, elles sont le résultat de l'absence de formation du membre lors de l'embryogenèse. Le sujet naît donc amputé.

2.2 Implications du trouble

2.2.1 Douleurs postopératoires

Plusieurs douleurs sont ressenties à la suite de l'opération consistant à couper l'os, les nerfs, la peau et les muscles du membre inférieur. D'après Muller (s.d.), ces douleurs disparaissent rapidement au fur et à mesure que les tissus dégonflent et commencent à cicatriser.

2.2.2 Douleurs du moignon

Ces douleurs perçues dans le moignon sont dues à plusieurs facteurs, tels qu'une infection, une mauvaise circulation sanguine, un névrome (terminaisons nerveuses situées dans une zone mal protégée du moignon), une adhérence ou encore une mauvaise adaptation de la

1. Dans la mesure du possible, les chirurgiens tentent de limiter au maximum l'importance de l'amputation. Il est en effet préférable de conserver le genou lorsque c'est possible car il y aura une articulation de moins à suppléer par l'appareillage. L'amputation de la jambe (au niveau du tibia) est de préférence effectuée dans la portion médiane de la jambe. Si le moignon est trop long, son extrémité sera fragile, s'il est trop court, le bras de levier permettant l'équilibre et la propulsion avec la prothèse sera défavorable. Courir avec une prothèse reste possible pour un certain nombre de personnes jeunes ; même en cas d'amputation fémorale pour des personnes très athlétiques.

prothèse (Nikolajsen cité par Roullet, Nouette-Gaulain, Brochet & Sztark, 2009). M.W., un patient amputé, rapporte à ce sujet : « mon moignon, je le connais très bien : le soir, je le regarde avec un miroir et je vois s'il n'y a pas une blessure parce que c'est un nid à infections ».

2.2.3 Sensation du membre fantôme : hallucinose

L'hallucinose n'est pas une douleur mais une sensation, la présence d'une absence. Les sensations peuvent être ponctuelles ou permanentes et de différentes natures : picotements, décharges électriques, démangeaisons, chaleur, etc. (Carlen cité par Roullet *et al.*, 2009). Le sujet garde une mémoire du membre et peut avoir l'impression de pouvoir bouger son membre inexistant, sentir son alliance alors qu'il n'a plus de main, par exemple (Roullet *et al.*, 2009). M.W. explique : « Les sensations fantômes, je les ai ! Un pied qui chatouille, et tu fais tout pour que ça s'arrête ! Un pied que tu ne sais pas gratter parce qu'il n'existe plus... C'est ennuyeux, mais ça ne fait pas mal. »

2.2.4 Douleur du membre fantôme : algohallucinose

Ces douleurs liées au membre absent sont caractérisées par la perception de puissantes décharges électriques, des piqûres, des brûlures, ou des coups de couteau (Carlen cité par Roullet *et al.*, 2009). La présence des douleurs du membre fantôme est corrélée avec l'intensité des hallucinoses.

La souffrance est généralement intermittente et le fond douloureux varie en durée et en intensité. Chez certains sujets, elle décline au cours du temps alors que chez d'autres elle s'accroît. Un des principaux prédicteurs de cette intensité est la douleur immédiate avant l'amputation.

La douleur du membre fantôme est une douleur neuropathique, initiée ou causée par une lésion ou une dysfonction du système nerveux. Celle-ci est plus fréquente lorsqu'elle est accompagnée de douleurs du moignon, par contre elle diminue généralement avec le port de la prothèse (Roullet *et al.*, 2009).

2.2.5 Modification du style de vie

Selon une brochure d'informations destinée aux patients (Assal *et al.*, 2008), la modification majeure après une amputation est sans doute la réduction de la mobilité. La première année qui suit l'amputation peut parfois être chaotique car la morphologie du moignon n'est pas

encore totalement stabilisée. Le patient perd une grande partie de son autonomie et des changements sont observés aux niveaux social, familial et professionnel. Dans les centres spécialisés pour la réadaptation et l'appareillage des amputés, l'appareillage peut commencer dès que la cicatrisation est satisfaisante, éventuellement grâce à une prothèse d'entraînement.

Ensuite, le patient doit adopter une hygiène de vie plus saine ; les soins apportés au membre inférieur sont des facteurs importants de succès de l'intervention. La consommation de tabac doit être réduite autant que possible afin d'améliorer l'irrigation sanguine. L'alimentation doit être équilibrée pour éviter les problèmes cardio-vasculaires et il est important de garder un poids stable car toute fluctuation pondérale se répercute directement sur le moignon et la prothèse (Assal *et al.*, 2008).

Enfin, lorsque le patient s'est bien adapté à la prothèse, il peut accomplir pratiquement tous les actes de la vie quotidienne. Selon la situation, certains parviennent à conduire une voiture adaptée et recommencent une activité sportive. Moyennant quelques aménagements, d'autres peuvent également reprendre une vie professionnelle normale (Assal *et al.*, 2008). M.W. dit justement : « Je profite différemment de la vie même si j'en profitais déjà avant. Je suis reparti sur ma moto dans le Sud de la France avec mes amis. J'ai fait le tour de Rome en chaise roulante puis visité Madrid sans ma chaise ».

3. Comorbidités psychologiques

3.1 Difficultés psychologiques consécutives à l'amputation

Outre l'amputation elle-même, la cause d'amputation peut être traumatisante également. Par exemple, survivre à un accident de la route peut être traumatisant en soi.

Afin d'envisager une méthode d'intervention adéquate auprès des personnes amputées, il faut dans un premier temps cerner les difficultés psychologiques et les séquelles émotionnelles engendrées par la maladie, la blessure ou l'accident, mais également les comorbidités présentes avant l'amputation.

Selon Jurisic et Marusic (2009), les difficultés psychologiques les plus fréquentes à la suite de l'amputation sont l'anxiété, les troubles de l'humeur et de l'adaptation, et les phénomènes de dissociation. Dans

les premiers temps, les individus amputés après un accident présentent souvent les symptômes d'un concept de soi diminué ainsi que des idées et comportements suicidaires. Lorsque l'amputation fait suite à un accident, il est également possible que le patient développe un syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Il est alors nécessaire de le traiter en priorité lors de la prise en charge thérapeutique de l'amputation.

Selon Horgan et McLachlan (2004), l'anxiété serait à la mesure de l'adaptation psychosociale requise par l'amputation. Des études basées sur des patients amputés depuis un an ou moins montrent que, durant cette période, les niveaux d'anxiété sont élevés. Cette anxiété diminue toutefois après un an (Randall & Shulka cités par Horgan & McLachlan, 2004).

D'après ces auteurs, les symptômes dépressifs et anxieux observés chez les individus en phase de postamputation peuvent être considérés comme une réaction normale à la perte du membre. La douleur fantôme semble jouer un rôle au niveau de l'apparition d'anxiété vis-à-vis de l'image corporelle et est également associée à d'autres facteurs comme le stress ou la dépression (Horgan & McLachlan, 2004). On observerait des épisodes dépressifs aigus allant jusqu'à deux ans après l'amputation, lesquels diminueraient ensuite sur une période de deux à dix ans.

Cependant, évaluer la prévalence du trouble dépressif majeur (TDM) chez les personnes ayant subi une amputation est difficile. La perte du membre inférieur réduit souvent la capacité de l'individu à s'engager dans des activités. Or, beaucoup de symptômes dépressifs et de critères du DSM-IV pour le TDM s'appuient sur la limitation des activités, ce qui peut porter à confusion (Cavanagh, Shin, Karamouz & Rauch, 2006).

Les ajustements psychologiques induits par l'amputation sont comparables au processus de deuil (Horgan & McLachlan, 2004 ; Singh, Hunter & Philip, 2007). Dans un premier temps, les individus prennent conscience de la perte de leur membre et de leurs limitations, ils peuvent donc se sentir vides et vulnérables. Cette première phase est caractérisée par la torpeur et la sidération. Apparaît ensuite le désir de récupérer les habiletés perdues, ce qui peut provoquer de l'angoisse ou de l'irritabilité en raison des limitations pratiques. La troisième phase est constituée de désorganisation et de désespoir. L'individu prend conscience que certains troubles sont définitifs. Enfin, la quatrième phase consiste en la création d'une nouvelle définition du Self. Pour cette étape, un équilibre entre la motivation et la conscience morbide est important. Une conscience excessive peut pousser au suicide tandis qu'une motivation trop importante, sans tenir compte de la réalité de ses capacités, présente un risque d'inadéquation (Constant, 2010).

3.2 Troubles de l'adaptation

3.2.1 Retrouver sa mobilité

Après une amputation, l'individu peut présenter une faiblesse musculaire et des problèmes d'équilibre. Il semble qu'une bonne récupération de ceux-ci soit le meilleur prédicteur de la marche. La réadaptation à la marche avec une prothèse entreprise le plus rapidement possible diminuera la perte musculaire et aidera à maintenir l'équilibre (Van Velzen, van Bennekom, Polomski *et al.*, 2006). M. W. raconte : « Le calvaire des amputés, ce sont les escaliers et les trottoirs parce qu'on doit toujours regarder où l'on met les pieds. C'est plus fatigant parce que ça demande beaucoup de concentration. »

3.2.2 Réapprendre à vivre en société

La personne amputée doit s'habituer au fait qu'elle sera considérée comme différente, comme une personne handicapée et deviendra membre d'un groupe stigmatisé (Horgan & McLachlan, 2004). M.W. affirme : « Pour moi ça va, c'est les autres qui avaient un problème ; la seule obsession que j'avais quand j'étais à l'hôpital, c'était de m'imaginer que j'allais nager en rond ».

D'après Penn et Dudley (cités par Bertrand, Morier, Boisvert & Mottard, 2001), l'isolement social serait la difficulté majeure des jeunes souffrant d'une incapacité physique. L'incapacité physique nécessite de développer des habiletés sociales particulières car les relations interpersonnelles sont affectées par la présence de ce handicap physique (Bertrand *et al.*, 2001). Premièrement, l'accès à différentes activités est souvent compliqué : les personnes physiquement limitées sont exclues d'un certain nombre d'activités. Deuxièmement, le regard des autres ou ce qui en émane, par exemple la pitié, est difficile à porter. Troisièmement, en raison du malaise suscité par le handicap, le comportement des gens est souvent inapproprié (évitement, questionnement indiscret, infantilisation, aide intempestive, humiliation, etc.), ce qui provoque une fuite des interactions. Quatrièmement, les personnes peuvent faire l'objet d'agression lorsque le handicap n'est pas immédiatement visible. « Quand je me fais agresser, je peux démarrer au quart de tour. Une personne âgée m'a insulté parce que j'étais garé sur une place pour personne à mobilité réduite, j'ai enlevé ma prothèse et lui ai envoyée à la figure. Dans le fond, nous ne sommes que le miroir de ce que les autres ne veulent pas devenir » (M.W.).

En raison de ces difficultés, les habiletés sociales jouent un rôle considérable dans la qualité des interactions sociales. Ainsi, les individus socialement compétents, acceptant leurs limites et le dialogue concernant leur handicap suscitent davantage d'attitudes positives chez les autres (Bertrand *et al.*, 2001).

3.2.3 Retourner au travail

La plupart des personnes ayant subi une amputation du membre inférieur éprouvent des difficultés à reprendre et poursuivre leur ancien emploi. D'après Burger et Marincek (2007), le retour au travail dépend de différents facteurs démographiques (l'âge au moment de l'amputation, le sexe, l'éducation, etc.), de facteurs relatifs aux difficultés induites par l'amputation et de facteurs liés au travail. La psychologue Z. explique que pour retourner au travail, il faut d'abord avoir fait le deuil, avoir fini sa rééducation, avoir reconstruit son identité, être bien installé dans sa vie. Puis seulement vient le moment où l'envie de retourner au travail se fait sentir. La décision de reprendre ou non le travail est cependant compliquée par le fait que reprendre le travail signifie perdre les allocations accordées aux personnes handicapées, avant d'avoir la garantie que la période d'essai sera prolongée.

3.3 Facilitateurs de l'adaptation

Plusieurs études (Horgan & McLachlan, 2004 ; Pronovost, 2010 ; Unwin, Lacperrek & Clarke, 2009) complétées par des observations cliniques ont permis de mettre en évidence les facteurs d'adaptation à l'amputation et de succès de la rééducation. Oser prendre des risques, être quelqu'un d'extraverti, être optimiste et confiant en l'avenir, améliore l'ajustement et protège de la dépression. Les traits inverses rendent l'ajustement beaucoup plus difficile, de même que pour les personnes fragiles psychologiquement, psychotiques ou borderline. En somme, c'est assez logique : les personnes qui vont mieux que les autres avant l'amputation iront également globalement mieux que les autres après, et *vice versa*.

Outre les facteurs protecteurs psychologiques, la prothèse joue un rôle dans l'ajustement car elle permet à la personne amputée de regagner de la mobilité et être plus autonome dans la vie quotidienne. L'utilisation de la prothèse peut constituer un support à la médiation d'un équilibre entre le handicap et la santé émotionnelle. De plus, elle peut participer à restaurer une image corporelle positive et ainsi diminuer l'anxiété engendrée par le regard des autres sur ce corps mutilé (Atherton & Robertson,

2006). L'idéal est que le patient effectue un travail d'appropriation de sa prothèse, le but étant de pouvoir dire *in fine* « c'est *ma* prothèse » (Coopman & Rypens, 2006, p. 5). Dans cette optique, un jeune orthoprothésiste a eu l'idée de personnaliser la prothèse en la customisant, dans l'espoir de changer le regard des gens sur cet appareil et dissiper le tabou qui l'entoure¹.

4. Prise en charge

4.1 Prise en charge médicale

4.1.1 Traitement médicamenteux

Selon Muller (s.d.), les analgésiques et particulièrement la morphine sont utilisés pour éliminer la douleur postopératoire. Toutefois, la morphine possède des effets secondaires non négligeables tels que des nausées et de la constipation. Par contre, la kétamine administrée en petite quantité, a un effet analgésique et ne comporte aucun effet secondaire. Les antalgiques de type 1 (périphériques, agissant directement à l'endroit de la douleur) et de type 2 (centraux, opérant sur le système nerveux central) permettent d'atténuer la douleur mais exposent à une dépendance physique. Les antalgiques de type 1 engendrent peu d'effets secondaires tandis que les antalgiques de type 2 peuvent provoquer de la constipation, de la somnolence, des nausées et des difficultés respiratoires (Vulgaris-Médical, 2012).

La douleur chronique peut être atténuée par l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques (Laroxyl®, Anafranil®) mais leur délai d'action est de 3 à 4 semaines. Il est conseillé d'utiliser des doses progressivement croissantes pour limiter les effets secondaires (sédation, hypotension, prise de poids, troubles sexuels, etc.).

Les antiépileptiques (Rivotril®, Tegretol®) sont conseillés pour lutter contre les douleurs fulgurantes, car leurs effets sont plus rapides que les antidépresseurs. Leurs effets secondaires sont principalement la sédation et des troubles de l'équilibre.

Le *Transcutaneous Electric Nervous Stimulation* (TENS) est un appareil miniature porté en permanence et contrôlé par le patient. Le TENS procure des paresthésies qui masquent la douleur spontanée. Il est toutefois contre-indiqué si le patient porte un pace maker et en cas de grossesse.

1. Pour plus d'informations voir www.custoprothetik.com.

4.1.2 Traitement physique du moignon

Il existe aussi des moyens simples pour soulager la douleur du moignon, tels que pratiquer des exercices physiques modérés du moignon, exercer des stimulations agréables au niveau de la peau du moignon, et en masser les muscles (Muller, s.d.).

4.2 Prise en charge psychologique

Nous présentons ci-dessous les différentes facettes du travail qui peut être réalisé avec un patient amputé, lorsque celui-ci est demandeur d'aide. Les facettes 4.2.6, 4.2.7 et 4.2.8 ne seront pas nécessaires pour tous, le travail devra être adapté en fonction de la problématique personnelle du patient. « L'amputé, comme tout être humain, est un sujet singulier qui gère avant tout ce qui lui arrive à partir de ses particularités et de ses problématiques individuelles. Chacun traversera, ainsi, cet événement de façon différente, trouvera des aides dans des choses et endroits divers et distincts. Certains seront plus aidés par le groupe et trouveront leurs ressources dans l'échange et le partage avec d'autres patients. D'autres seront plus accrochés à l'un ou l'autre traitement ou activités proposés par le centre et auront besoin d'actions aux résultats concrets. D'autres encore seront en demande d'un travail personnel (soutien psy, groupe de parole et de réflexion). » (Coopman & Rypens, 2006, p. 4).

4.2.1 Remarque préliminaire : l'importance de l'attitude thérapeutique

En 1957, Carl Rogers propose trois attitudes thérapeutiques : la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie. Ces aspects sont d'une importance capitale dans le travail avec une personne amputée parce que le regard du psychologue (sur le patient et, éventuellement sur le moignon si celui-ci est à nu) va faire l'objet d'une attention particulière de la part du patient. Si le psychologue éprouve un malaise qu'il essaie de cacher (non-congruence), ressent de la pitié (manque de considération) ou ne comprend pas les difficultés du patient (manque d'empathie), l'alliance thérapeutique ne pourra pas se construire et les bénéfices thérapeutiques seront limités. À l'inverse, si le patient rencontre un regard bienveillant et se voit reflété positivement dans les yeux du psychologue, son estime de soi s'en trouvera améliorée, et le processus de deuil et la reprise des activités sociales seront facilités.

L'attitude rogérienne est indispensable à la reconstruction identitaire que nous évoquerons au point 4.2.4. Elle procure à la personne amputée

la compréhension empathique des besoins et des difficultés qu'elle éprouve par rapport à son handicap et facilite l'expression libre de ses sentiments et croyances (Zech, 2006). Outre la compréhension des difficultés, le psychologue doit aussi entendre et accueillir avec bienveillance les projets du patient, même s'ils lui paraissent difficilement réalisables. Une psychologue explique ainsi le cas d'une patiente amputée jusqu'à la moitié de la fesse (ce qui engendre d'énormes difficultés d'appareillage) qui souhaitait retrouver une pleine autonomie. Le fait que la psychologue ait pu l'entendre et l'ait soutenue dans son projet malgré les difficultés a donné à la patiente l'énergie de se battre pour générer des solutions et recouvrer une certaine autonomie.

4.2.2 Accepter l'état de sidération

Comme le souligne Coopman (2008, p. 112), les patients rencontrés alors qu'ils sont encore à l'hôpital sont souvent dans un état de sidération psychique. Ils sont à l'arrêt, bloqués, incapables de se mettre psychiquement en mouvement « comme si leur esprit, tout comme leur corps, était restreint et contraint dans ses mouvements ». L'auteur fait un parallèle entre les capacités de mouvement du corps et les possibilités d'élaboration de l'esprit.

Juste après l'amputation, le sujet est confronté à la perte irrémédiable d'une partie de son corps et à la perte de mobilité qu'elle entraîne. L'amputation crée un point de rupture, une discontinuité, « une déchirure dans la trame paisible des choses » (Legrand, 1993). « Le sujet se trouve confronté à un irréel, qu'il serait plus juste d'appeler un trop de réel² » (Coopman, 2008, p. 116). Selon l'auteur, la difficulté pour le patient de s'impliquer dans un travail de pensée est la conséquence de la confrontation à ce « trop de réel » qui fait traumatisme. Il est donc normal qu'il faille du temps au patient pour apprivoiser ce réel et le renouer au registre des mots et du symbolique. Même s'il peut être lourd pour les intervenants et ses proches, l'état de sidération psychique a le mérite de préserver le patient de l'insoutenable de la situation et de lui permettre de prendre son temps avant d'envisager un avenir différent. Car il est, de toute manière, précipité dans ce moment de passage qui s'impose à lui. « Il est hospitalisé en centre de revalidation, coupé de sa vie passée et de ce qui faisait son quotidien. Il se trouve dans un temps et un lieu où se travaillent et se construisent un changement, une indépendance et une vie future adaptée et différente. Il est parachuté dans cette forme d'entre-deux séparant sa vie d'avant, dépourvue de handicap, et sa vie future qui en sera indéniablement marquée » (Coopman, 2008, p. 119). C'est

dans cet « entre-deux » que le patient va pouvoir progressivement sortir de sa sidération et commencer à élaborer les choses. Dans les premiers temps, les mots seront souvent vides : le patient pourra « réciter » le handicap, l'hospitalisation, son nouvel état de santé et ses implications. Cependant, son discours sera peu habité ; il faudra du temps pour qu'il l'intègre, au sens fort du terme. Cette intégration passera nécessairement par des moments de révolte, de tristesse, de profonde souffrance. Mais, à ce moment-là, la traversée de l'entre-deux aura commencé.

Il est à noter que l'état de sidération s'accompagne parfois de déni, plus rarement de la perte elle-même, mais plutôt de ses conséquences. S'il ne dure pas, ce déni peut être fonctionnel : en amoindrissant l'ampleur du changement à affronter, le patient trouve plus facilement l'énergie de se mettre en mouvement et d'entamer le processus de changement.

4.2.3 Accompagner le travail de deuil

Le travail de deuil constitue un pilier fondamental de la prise en charge d'une personne amputée. Le membre amputé est un objet perdu dont il faut faire son deuil. En outre, comme le soulignent Coopman & Rypens (2006, p. 2) : « l'objet qui est perdu et dont il faut faire son deuil a un statut particulier : il ne s'agit pas d'un objet extérieur à soi-même, il s'agit d'une partie de soi ». Le fait que l'objet n'était pas envisagé comme une unité détachable de soi avant qu'il soit effectivement amputé du corps rend ce processus de deuil particulièrement complexe. À ce deuil déjà particulier s'en ajoutent bien souvent d'autres : son apparence physique, son travail, certains de ses loisirs et de ses rôles sociaux, son conjoint parfois.

Les personnes amputées vont donc passer par les différentes phases du processus de deuil qui commence souvent par une phase de choc/sidération, avant l'apparition d'émotions intenses, de colère (« Pourquoi moi ? »), de marchandage, de dépression (prise de conscience des pertes subies) pour s'acheminer, finalement, vers l'acceptation (voir chapitre 12 pour la description des différentes phases du processus de deuil). L'acceptation du moignon constitue une étape essentielle pour recouvrer une bonne image de soi. Un patient précise ainsi : « Le mot moignon, je n'ai pu le dire que quelques années plus tard, je disais ma jambe. Je n'arrivais pas à dire moignon, c'est quelque chose d'horrible. »

Il est à noter que tous les patients ne passent pas par toutes ces phases et qu'elles n'interviennent pas toujours dans cet ordre. La connaissance de celles-ci reste néanmoins utile car elle permet au personnel soignant

de rester vigilant et de comprendre certaines réactions des patients comme l'agressivité par exemple.

Une manière efficace de faciliter le processus de deuil est de « flexibiliser » le travail psychique de deuil. *Le Dual Process Model* (Stroebe & Schut, 1999) postule qu'un processus d'oscillation est nécessaire à l'ajustement du deuil. Ce modèle suppose que lors de la phase de deuil, la personne doit osciller de manière flexible entre deux types de processus : les processus orientés vers la perte et les processus orientés vers la restauration. Les personnes amputées doivent donc se confronter à la perte (orientation vers la perte) à certains moments mais également pouvoir se distraire à d'autres moments, au travers de sorties par exemple (orientation vers la restauration). Il est nécessaire d'osciller entre ces deux phases pour s'adapter « normalement », à la suite d'une telle perte. Si la personne s'y confronte trop régulièrement, elle risque de tomber en deuil chronique. Si au contraire, le sujet dénie son handicap, il risque de réaliser un deuil retardé. Dans ces deux cas, il sera sans doute nécessaire de pouvoir bénéficier d'une aide psychologique (Zech, 2006).

4.2.4 Faciliter le travail de reconstruction

Comme l'explique Coopman (communication personnelle, 2012), être touché dans son corps de manière irrémédiable ébranle profondément l'identité parce que plusieurs piliers qui la composent sont remis en question :

- l'image du corps ;
- le sentiment d'être attirant et/ou désirable (dans les premiers temps) ;
- le statut social (passage du statut de « bien portant » à celui de « malade » puis, à la sortie de l'hôpital, de celui de « valide » à celui d'« handicapé ») ;
- la sexualité (la manière dont celle-ci se vit et/ou s'exprime) ;
- le travail ;
- certains rôles sociaux (par exemple, implications dans certaines activités).

L'identité est donc fortement mise à mal par l'amputation, ce que Coopman résume par la formule « Je sais d'où je viens, je sais qui j'étais, mais je ne sais pas qui je vais être ». L'amputation entraîne donc un remaniement identitaire important. C'est la raison pour laquelle le travail de deuil exposé plus haut doit impérativement associer un travail de

reconstruction, le travail de deuil seul risquant de mener à la résignation (Coopman & Rypens, 2006). Le travail de deuil et le travail de reconstruction sont indissociables : pour se reconstruire, il faut avoir fait le deuil de ce qu'on a perdu. Mais il est plus facile de faire le deuil de ce qu'on a perdu si l'on sait vers où on va.

Le rôle du psychologue dans cette reconstruction sera triple (Coopman & Rypens, 2006, p. 4 ; Coopman, communication personnelle, 2012) :

- 1) Soutenir le patient dans son travail de reconstruction. « À travers la place que nous lui donnons, la manière dont nous le prenons en considération, et l'écoutons, nous pouvons l'aider à se reconnaître comme sujet à part entière dans ce nouveau corps. Il suffit pour cela de le considérer comme tel, de le reconnaître dans sa nouvelle intégrité corporelle, de l'encourager, de l'écouter et de prendre en considération ses prises de positions subjectives et de les entendre comme telles. Nous pouvons l'aider dans ses choix, lui signifier qu'il a encore des choix à faire (même si ceux-ci sont à discuter ou vont à l'encontre de sa rééducation), reconnaître ses points forts, points faibles, tenir compte de ses défauts, de ses difficultés... »
- 2) Permettre au patient de retisser les fils entre l'avant et l'après. L'amputation coupe littéralement la vie en deux. Cela se manifeste de manière très claire dans certains lapsus des patients (Coopman rapporte ainsi qu'à la question d'un aide-soignant : « Depuis quand êtes-vous ici ? », un patient répondit « j'ai bientôt 1 an »). Le rôle du psychologue est d'accompagner la recherche de continuité. Il s'agit pour le patient de pouvoir inscrire *son* amputation dans *son* histoire, et le psychologue est là pour recueillir cette recherche de mise en lien.
- 3) Accompagner le patient dans le remaniement de ses valeurs/projets. L'amputation engendre un remaniement identitaire qui peut-être plus ou moins important selon les patients. Pour certains, l'amputation est l'occasion de repenser leur vie (changer d'emploi, recommence une formation), leurs valeurs (vouloir profiter de la vie à fond, vouloir consacrer davantage de temps à leur famille), d'exprimer d'autres aspects de leur personnalité (pour un homme, oser exprimer sa sensibilité) etc.

4.2.5 Favoriser l'appropriation de la prothèse

La prothèse occupe une place importante dans la vie des personnes amputées, mais la manière dont elle est perçue peut être plus ou moins

fonctionnelle. Le rôle du psychologue sera d'éviter les perceptions extrêmes décrites ci-après (Coopman & Rypens, 2006) :

- 1) La prothèse comme nouvelle jambe : dans ce cas, la prothèse est idéalisée, le patient la conçoit comme sa nouvelle jambe. Si cette perception peut être favorable dans un premier temps pour augmenter la motivation à la rééducation, elle comporte néanmoins le risque de la désillusion. Comme l'indiquent les auteurs, concevoir sa prothèse comme une nouvelle jambe ne vient que colmater le manque, non le faire disparaître. Le patient ne pourra pas faire l'économie d'accepter, à un moment où l'autre, la perte et le changement ;
- 2) La prothèse comme corps étranger : dans ce cas, la prothèse est perçue comme un outil à adapter, à enlever, à remettre. Si cette perception a l'avantage de faciliter l'acceptation des aléas de la prothésisation (blessures du moignon rendant impossible le port de la prothèse, actes de la vie quotidienne sans appareillage), elle comporte le risque que la prothèse devienne complètement étrangère et finisse par inspirer le rejet et la méfiance.

Le rôle du psychologue sera de faciliter l'« appropriation » de la prothèse, de permettre au patient de passer des considérations « c'est une nouvelle jambe » ou « c'est une prothèse » à « c'est *ma* prothèse » (Coopman & Rypens, 2006, p. 5). Cette appropriation implique à la fois un travail de deuil et un travail de reconstruction intégrant à la fois le nouveau corps sans le membre perdu et la prothèse (comme le dit l'auteur, le but est que le patient puisse dire *in fine* « c'est moi et *ma* prothèse »).

4.2.6 Accompagner les remaniements familiaux

Comme tout accident de santé, l'amputation touche inévitablement la famille et le couple. Elle modifie inévitablement le cours de la vie et impose, ici encore, des remaniements. La manière dont la famille va pouvoir s'adapter au handicap va influencer le bien-être de chacun de ses membres et sera particulièrement importante pour le patient. En effet, la qualité de vie des personnes amputées dépend de la qualité des liens et du soutien de la famille (Lumia, 2001). Le patient puise des ressources dans son environnement familial ainsi que des modes de soutien pouvant favoriser son développement, sa reconstruction psychique et l'acceptation de son handicap. Il est donc impératif de prendre en compte l'impact de l'amputation sur les relations au sein de la famille et la restructuration éventuelle de celle-ci (Anaut, 2006).

Le psychologue devra être particulièrement attentif à l'évolution des relations conjugales et familiales après l'amputation. En effet, comme l'illustrent Coopman et Janssen (2011), le handicap amplifie les difficultés préalables à l'amputation. Le handicap vient rendre apparent ce qui n'agissait qu'à bas bruit auparavant. Les modes de relations conjugaux se retrouvent grossis, parfois caricaturés.

- Telle épouse qui avait tendance à prendre un peu trop de place se retrouve après l'amputation de son mari en position de maman, qui décide, protège, maternelle... au point que celui-ci se sente totalement infantilisé... au risque de chercher à retrouver sa place d'homme auprès d'une autre.
- Tel époux qui avait tendance à être fort absent se retrouve après l'amputation de sa femme encore plus absent... au point que celle-ci demande de divorce à force de se sentir si peu soutenue...
- Telle maman qui tendait à prendre un peu trop soin de son fils se retrouve après l'amputation de celui-ci en position d'infirmière, qui soigne, panse, apaise... au point que celui-ci finit par prendre de moins en moins soin de lui et se retrouve de moins en moins autonome... au point de l'épuiser, elle.

Le handicap vient donc mettre le doigt sur les « travers » du couple/ de la famille et comporte le risque de les grossir jusqu'à l'éclatement du système. Il est donc essentiel que le psychologue puisse identifier et, au besoin, désamorcer, les difficultés.

Lorsque le travail des relations familiales au travers de la relation avec le patient est insuffisant pour désamorcer les difficultés, on peut, si le patient est demandeur, proposer une prise en charge familiale (avec la présence de l'ensemble des membres de la famille). L'objectif de cette prise en charge familiale sera de développer les compétences d'adaptation de la famille, de rééduquer ses modes de relation et de remédier à ses dysfonctionnements. Le travail est donc surtout centré sur tout ce que l'amputation peut occasionner au niveau de la modification des rôles et de la dynamique familiale. Il est aussi fondamental que la famille (et le patient) comprenne que, même handicapé, le sujet garde toute sa subjectivité et son pouvoir décisionnel.

Dans le cas où des problèmes conjugaux spécifiques seraient mentionnés, une thérapie de couple peut être suggérée pour aborder des thèmes variés tels que la culpabilité liée au handicap, la répartition des responsabilités, les tensions et préoccupations associées aux soins

et à l'état de santé, le répit, la communication, l'intimité du couple, ou encore la sexualité (Poirier, 2007).

4.2.7 En cas de comportement d'évitement persistants : stimuler l'activation comportementale

L'activation comportementale est une technique qui part du postulat que les émotions peuvent avoir un impact sur le comportement et inversement. Après une amputation, l'inactivité, l'isolement social, la fatigue physique et mentale dus à la perte de mobilité et à l'apprentissage d'utilisation de la prothèse peuvent entraîner une dépression ainsi qu'une série de comportements d'évitement (évitement du regard des autres, évitement des difficultés). Le rôle de l'activation comportementale sera d'empêcher cet évitement expérientiel en identifiant et en remplaçant progressivement les comportements dépressogènes par des comportements alternatifs « antidéprime ». Par exemple, le patient peut signer un contrat dans lequel il s'engage à s'exposer graduellement à l'inconfort, à effectuer certaines activités (comme regarder une émission intéressante, téléphoner à sa famille, rendre visite à son voisin, prendre un verre avec des amis, etc.), à prendre soin de lui et de son corps pour restaurer une image corporelle adéquate (Addis & Martell, 2009 ; Nef, 2011).

4.2.8 L'approche de groupe

À côté des prises en charge individuelles, conjugales et familiales, il faut également mentionner les approches de groupe. Il ne s'agit pas de groupes thérapeutiques à proprement parler, mais de groupes d'entraide (qui ont souvent un effet thérapeutique).

Il existe des clubs de rencontre et des groupes d'entraide qui offrent une possibilité de distraction, de compréhension de soi et de l'autre. Pour certains, cela permet également d'effectuer de nouvelles expériences, d'avoir un regain d'espoir, de procéder à une restructuration cognitive, de créer de nouveaux liens ou de se confronter à la société plus largement (Zech, 2006). Dans ce cadre, l'ASBL « Amptr'aide » organise des rencontres dans différentes villes de Wallonie pour un partage d'expériences de vie entre anciens et amputés récents. « Lorsqu'on peut aider quelqu'un [dans le groupe], on s'aide soi-même » (M M). La Coalition des Amputés fait la même chose au Canada, de même que l'ADEPA et l'association Bouts de Vie en France.

5. Conclusion

Il n'existe que peu de littérature abordant exclusivement le sujet de l'amputation traumatique. Lorsque l'individu amputé à la suite d'un accident est demandeur d'un accompagnement psychologique, il est impératif de vérifier s'il ne présente pas de signes de PTSD. Dans l'affirmative, il sera nécessaire de traiter le traumatisme avant ou parallèlement au travail d'adaptation à l'amputation.

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, la prise en charge psychologique des patients amputés requiert une attitude thérapeutique congruente, bienveillante et empathique. Ce type d'attitude thérapeutique sera essentiel au bon déroulement du travail de deuil, de reconstruction identitaire, et d'appropriation de la prothèse. À ces facettes du travail communes à la majorité des patients s'ajouteront au cas par cas un travail sur (ou avec) le couple ou la famille, ou encore un travail d'activation comportementale. Outre la prise en charge thérapeutique, il peut être utile d'informer le patient de l'existence de groupes d'entraide, même si leur vocation première n'est pas thérapeutique.

Pour aller plus loin



COOPMAN, A. L. & JANSSEN, C. (2011). « Suis-je un homme avec toi ? » : L'illusion conjugale à l'épreuve du handicap physique. *Champ psychosomatique*, 59, 59-77.

DOUCET, C. (dir.) (2010). *Le psychologue en service de Médecine : les mots du corps*. Paris : Masson.

LEPÊTRE, M. & RUFO, M. (2008). *Regards croisés sur le handicap*. Paris : Anne Carrière.

SIMON, J.L. (2011). *Vivre après l'accident : conséquences psychologiques d'un handicap physique*. Lyon : Éditions de la Chronique Sociale.

Chapitre 12

LES SOINS PALLIATIFS¹

1. Par Lucie Coppens, Nicolas Delwart, Cindy Hunin, Stéphanie Lambricht, Cécile Leclère, Olivia Martin Iriarte, Vinciane Sélifet et Emmanuelle Zech.

Expert relecteur : Pr Emmanuelle Zech, professeur de psychologie clinique et de la santé à l'Université catholique de Louvain, psychothérapeute spécialisée dans la prise en charge des deuils difficiles.

Sommaire

1.Présentation de la problématique	241
1.1 Définition.....	241
1.2 Épidémiologie.....	242
1.3 Symptômes physiques	242
1.4 Modifications du style de vie.....	243
2.Difficultés psychologiques	243
2.1 Les étapes dans le processus du mourir	244
2.2 Dépression et troubles anxieux.....	246
3.Prise en charge.....	247
3.1 Thérapeutique palliative.....	247
3.2 Prise en charge psychologique	248
4.Conclusion.....	256

1. Présentation de la problématique

1.1 Définition

Les soins palliatifs (SP) ont vu le jour dans un contexte socioculturel où de plus en plus de personnes (70 à 80 %) meurent à l'hôpital. Le mouvement a été lancé par Cicely Saunders en Grande-Bretagne au St Christopher's Hospice dans les années 1960. Les SP se sont ensuite développés dans les années 1980 comme en témoignent la création d'associations et la publication de revues scientifiques dédiées aux soins palliatifs. Progressivement, les SP ont été reconnus publiquement dans de nombreux pays occidentaux. Depuis dix ans, qu'ils soient donnés à l'hôpital ou à domicile, ils sont intégrés légalement dans le cadre de la sécurité sociale de plusieurs pays européens (voir par exemple la Loi du 16/05/2002, publiée au Moniteur Belge le 26/10/2002).

Les SP sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes gênants et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les SP se fondent sur une approche d'équipe interdisciplinaire de professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes, aides-soignants, ergothérapeutes, ministres des cultes) et incluent aussi des bénévoles, tous formés et soutenus dans le cadre de leurs interventions auprès des patients. Les SP visent à répondre tant aux besoins des patients que de leur famille et de leurs proches.

Les principes qui sous-tendent ce type de soins sont :

- 1) qu'ils soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal (la mort fait partie de la vie, elle est naturelle), et donc n'entendent ni accélérer la mort en la provoquant intentionnellement, ni la repousser par des investigations ou des traitements déraisonnables ;
- 2) veulent préserver et améliorer la plus grande qualité de vie et autonomie possibles jusqu'au décès, notamment par la réduction de tous les symptômes, sources de souffrance et d'inconfort, en premier lieu la douleur, mais aussi les autres symptômes ;
- 3) envisagent le patient dans sa globalité – et non comme un corps à soigner –, avec ses composantes physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, et incluent donc également l'accompagnement des proches pendant la maladie et après le décès.

1.2 Épidémiologie

En Belgique, le nombre de demandes en soins palliatifs oscillerait entre 10 000 et 20 000 par an (sur onze millions d'habitants). Il y a, en milieu hospitalier, 360 lits par zone de 300 000 habitants (Desmedt, 2002). Mais ces chiffres ne sont pas complets car ils ne rendent pas compte des soins palliatifs donnés à domicile.

Il existe diverses structures capables de donner ce type de soins :

- des unités de soins palliatifs dans les hôpitaux ;
- des équipes mobiles intra-hospitalières, qui ne disposent pas de lits mais sont à disposition; de tous les services d'un hôpital ;
- des équipes de soutien à domicile ;
- des équipes de soins palliatifs en maison de repos ;
- des unités résidentielles de soins palliatifs.

Les pathologies les plus rencontrées en soins palliatifs sont les cancers, les maladies neurologiques, les maladies cardio-vasculaires, le SIDA et les maladies dégénératives. Les patients sont en général des personnes en fin de vie (SP terminaux) ou avec un état de santé très dégradé. Cependant, les SP s'adressent aussi à des malades atteints d'une affection au pronostic fatal à plus longue échéance et qui viennent ou reviennent, après des rémissions, en soins pour le soulagement de symptômes que les thérapeutiques curatives ne contrôlent plus.

1.3 Symptômes physiques

En soins palliatifs, les patients manifestent, le plus souvent, différents symptômes accablants souvent associés, dont les plus fréquents sont l'asthénie (faiblesse, fatigue), les nausées et vomissements, la dysphagie¹, les troubles digestifs, la constipation et l'occlusion, la dénutrition, la déshydratation, le syndrome confusionnel, les états grabataires parfois liés à des rétractions tendineuses ou compliqués d'escarres, les dyspnées progressivement croissantes ou les asphyxies aiguës. Le principal symptôme est toutefois la douleur rebelle.

La douleur est, selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui est

1. Gêne ressentie au moment du passage des aliments dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage.

associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une lésion » (Merskey, 1986). La douleur est un phénomène polymorphe composé de quatre dimensions (physique, émotionnelle, sociale et spirituelle), qui doivent toutes être prises en compte lors du traitement.

Les professionnels travaillant en soins palliatifs expliquent que la douleur est l'une des plaintes majeures rapportée par les patients. Ce n'est pas étonnant dans la mesure où l'un des principaux critères pour référer un patient en soins palliatifs (outre le pronostic) est la présence de douleurs que l'on ne parvient plus à contrôler. La douleur doit donc faire l'objet d'une attention particulière en soins palliatifs et le patient doit être reconnu dans sa souffrance. Les patients vivent très mal qu'on leur dise que la douleur n'est que passagère ou qu'il n'est pas possible qu'ils aient mal à tel endroit.

1.4 Modifications du style de vie

Si la vie en soins palliatifs est radicalement différente d'une vie « normale », le passage d'un patient en soins palliatifs ne constitue pourtant pas un bouleversement radical de son style de vie. En effet, à l'exception de très rares cas, personne ne passe du jour au lendemain d'une vie active aux soins palliatifs. Le patient a, la plupart du temps, un long parcours hospitalier derrière lui.

Les patients en soins palliatifs vivent néanmoins un déclin progressif de leurs fonctionnalités physiques et/ou psychiques. Ils sont moins autonomes et plus dépendants d'autrui en ce qui concerne la gestion de leur vie (santé, argent, famille...). Leurs besoins physiologiques ainsi que leurs activités physiques diminuent car ils sont majoritairement alités. Bien que l'objectif principal des soins palliatifs soit de maintenir une certaine qualité de vie, celle-ci diminue inévitablement.

2. Difficultés psychologiques

Le diagnostic d'une maladie à pronostic vital et le constat que les soins curatifs ne sont plus efficaces constituent une importante source d'anxiété pour les individus et leur entourage. Ils induisent souvent une crise existentielle.

2.1 Les étapes dans le processus du mourir

L'annonce de l'inéluctabilité de la mort enclenche un processus de deuil. Une partie de ce processus (*cf. infra*) aura néanmoins souvent été réalisée avant l'arrivée du patient en soins palliatifs. En effet, comme le souligne une psychologue « Le patient en soins palliatifs, ce n'est pas quelqu'un qui tout à coup va mourir. (...) Un jour, on lui a dit qu'il avait un cancer ou une maladie incurable, un pronostic létal à court ou à moyen terme. Ce jour-là, il s'est rendu compte qu'il n'est pas immortel, qu'il peut vraiment mourir et qu'en plus, il va mourir dans les semaines, les mois ou les années à venir. Mais il a déjà tout un parcours avant d'arriver en unité de soins palliatifs. Lorsque le patient arrive chez nous, il a déjà fait tout un travail par rapport à la mort ».

Selon Elisabeth Kübler-Ross (1969/1975), le processus du mourir comprend six étapes : le choc, le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Nous les décrivons ci-après. Il faut garder à l'esprit que tous les patients ne passent pas par toutes les phases, que celles-ci n'interviennent pas toujours dans cet ordre, et enfin que le temps qu'il faut à chacun pour faire le deuil de sa vie, de ses proches, de ses possessions et de ses rêves est variable. Ce modèle est toutefois très utile, en ce qu'il aide à comprendre le vécu des personnes en fin de vie.

2.1.1 Le choc

Au moment où le patient apprend qu'il a une maladie incurable, il prend conscience qu'il n'est pas immortel. Cela suscite d'abord un état de choc (« moi ? ») qui est une réaction d'urgence. Ce choc a un effet paralysant, laissant le patient vide et sidéré, c'est-à-dire sans pensées, sans sentiments, sans parole et sans action. Le patient subit un second choc lors de son entrée en soins palliatifs.

2.1.2 Le déni

Vient ensuite une étape de déni ou de négation (« ce n'est pas possible, pas moi ») où le diagnostic est tellement difficile à accepter et à vivre qu'il produit une réaction d'incrédulité. Le patient ne peut intégrer l'information. C'est une forme de défense devant l'angoisse, la mort, l'inconnu, l'inéluctable. Cette phase de déni permet au patient d'avoir le temps d'apprivoiser la réalité.

2.1.3 La colère

En reconnaissant que la perte est bien réelle, l'individu peut vivre des moments de colère, d'irritation, d'agitation, de révolte et d'agressivité accompagnée d'un sentiment d'injustice (« pourquoi moi ? »). Il s'interroge sur le non-sens de la vie et en veut aux soignants, aux amis, aux proches, à l'humanité ou à Dieu. Les soignants sont souvent victimes de ces sentiments d'hostilité, qui font pourtant partie du processus habituel. L'agressivité peut être un moyen d'affirmer la seule puissance qui lui reste face à l'injustice du diagnostic/pronostic. Il est utile d'écouter et de comprendre la colère afin qu'elle s'atténue, permettant progressivement une acceptation de la mort. Il arrive que la colère soit légitime (conjoint surprotecteur) et ne soit pas le reflet du processus du mourir. Il est utile de distinguer les origines de la colère.

2.1.4 Le marchandage

Cette étape correspond à l'expérience de la résistance où le patient peut tenter de transformer la réalité et chercher un moyen de résoudre le problème, de retarder l'échéance en échange d'un changement de comportement (dévotions, par exemple) ou en cherchant des recettes miraculeuses ou des médecines alternatives. Le marchandage (« oui mais si seulement je..., en retour je ferai ») est le temps dont le mourant a besoin pour se faire à l'idée de la mort et les façons dont il s'y prend pour justifier ce délai.

2.1.5 La dépression

La personne reconnaît qu'elle est malade et qu'elle va mourir. Lors de cette étape, il y a une prise de conscience des pertes subies : son image corporelle, ses capacités physiques, intellectuelles, décisionnelles, son autonomie, ses projets de vie, ses relations amicales et familiales ont changé. La personne anticipe sa propre mort, elle se distancie de ses proches, devient plus calme et tente de se réconcilier avec elle-même. Les réactions des proches incitant à la combattivité peuvent encore exacerber la tristesse et le sentiment de solitude.

2.1.6 L'acceptation

C'est la dernière étape dans laquelle peut survenir progressivement l'apaisement. Le patient n'est ni heureux, ni malheureux. Il est tout simplement prêt à partir sans crainte ni désespoir. C'est le signe qu'il

a fini de lutter et que sa mort est proche. C'est à ce moment-là que les patients commencent à parler de leurs funérailles, de ce qui se passera après leur mort, de leurs souhaits... Tous les patients n'atteignent pas cette phase.

Dans la pratique, ce modèle est le plus utilisé. Cependant, il comporte certaines faiblesses, notamment le fait qu'il n'existe pas de confirmation empirique satisfaisante. De plus, comme mentionné ci-dessus, la réalité est plus dynamique et des variations individuelles importantes dans l'ordre et le rythme du processus existent. Il reste néanmoins utile en ce qu'il permet au personnel soignant de s'attendre et de comprendre certaines réactions des patients (par exemple l'agressivité, des projets qui paraissent insensés...).

2.2 Dépression et troubles anxieux

Les comorbidités psychologiques les plus fréquentes semblent être la dépression et les troubles anxieux, notamment lorsqu'il s'agit de patients cancéreux.

Bien que les taux de prévalence varient selon les critères (dépression majeure, modérée, légère) et la méthodologie, une revue de littérature (Hotopf, Chidgey, Addington-Hall & Lan Ly, 2002) a établi un taux de prévalence moyen de 15 % de dépression majeure chez les patients ayant un cancer avancé ou étant en soins terminaux. Mais de nombreux autres patients souffrent de dépression plus modérée comme la dépression mineure ou la dysthymie (Wilson, Chochinov, Graham Skirko, Allard, Chary *et al.*, 2007). Des troubles anxieux sont également fort présents (Stark & House, 2000). Une comorbidité de deux à trois troubles est présente dans 41,9 % des cas, troubles anxieux et thymiques confondus (Wilson *et al.*, 2007).

Ces troubles entraînent une dégradation de la qualité de vie et ont un impact sur le déroulement de la fin de vie des patients. Des différences ont été observées entre les patients atteints de dépression et ceux qui ne le sont pas, notamment au niveau de la gestion des symptômes physiques et du bien-être social et existentiel (Lloyd-Williams, Dennis & Taylor, 2004). Les patients atteints d'une dépression ou d'un trouble anxieux ont plus de probabilités de rapporter un niveau modéré, voire élevé de douleur, de se sentir plus faibles, somnolents et souffrants (Wilson *et al.*, 2007).

Il est à noter que, contrairement à une idée répandue, les troubles anxieux et la dépression ne semblent pas être plus fréquents chez les

patients mourants que chez les autres malades (Lichtenthal, Nilsson, Zhang, Trice, Kissane, Breitbart & Prigerson, 2009).

Bien que les symptômes anxio-dépressifs soient fréquents en soins palliatifs – en raison notamment de la douleur et de l'inéluctabilité de la mort – la présence et l'intensité de ces symptômes dépendent de facteurs situationnels, individuels et relationnels. Au niveau situationnel, les conditions de soin ont un rôle capital. Ainsi, une chambre morne, un lit inconfortable ou un personnel soignant négligeant augmentent drastiquement les symptômes dépressifs. Au niveau individuel, le style d'attachement semble jouer un rôle important. Selon Rodin, Walsh, Zimmermann, Gagliese *et al.* (2007), un style d'attachement sécure réduit les symptômes dépressifs. Au niveau relationnel, le soutien social joue un rôle tampon entre la prise de conscience de la réalité de la maladie mortelle et la détresse émotionnelle. Le style d'attachement et le support interagissent en outre, de sorte que ce sont les personnes avec un attachement sécure qui bénéficient le plus du soutien social. Les personnes avec un style d'attachement évitant en bénéficient s'il est offert d'une manière qui ne va pas à l'encontre de leur besoin d'autonomie et de leurs résistances. Enfin, les personnes avec un style d'attachement anxieux bénéficient davantage du soutien social lorsque les disponibilités et le rôle des proches sont clairement définis.

3. Prise en charge

Les SP reposent sur deux éléments indissociables : la thérapeutique palliative et l'accompagnement. La thérapeutique palliative est l'affaire des soignants qui cherchent à réduire tous les symptômes. L'accompagnement est l'affaire de tous les intervenants autour du malade et de ses proches, chacun ayant des expertises spécifiques, mais qui mettent en place des interventions cohérentes et complémentaires. C'est dans ce cadre qu'on retrouve la prise en charge psychologique.

3.1 Thérapeutique palliative

Afin d'agir au mieux sur les symptômes, il est important d'en trouver les origines. Chaque plainte appelle une démarche diagnostique permettant de préciser quel(s) organe(s) souffre(nt), leurs substrats physiopathologiques mais aussi, si les causes sont liées à la maladie elle-même, à des effets secondaires des traitements, à des infections opportunistes

ou encore à l'état de santé mentale du patient. Les traitements en SP sont donc très variés et nécessitent des compétences cliniques multiples permettant d'améliorer le confort du patient (par exemple, traitement des escarres, réhydratation, soulagement de l'insomnie, des crises de suffocation ou d'agitation, de la constipation). Utilisés avec mesure, des examens complémentaires pourront aussi permettre de mieux comprendre les complications cliniques gênantes. Deux principes de base sont recommandés en SP : celui de la proportion (apprécier clairement les éventuels bénéfices et les inconvénients des soins proposés) et celui de la futilité (renoncer à ce qui n'entraînera aucune amélioration significative du confort du malade).

Une prise en charge de la douleur est primordiale. Selon le type de douleur, il existe différents traitements (voir chapitre 3). Le contrôle de la douleur nécessite de la part des soignants une connaissance sérieuse de la pharmacologie des morphiniques, de leurs effets secondaires (somnolence, nausées et vomissements, troubles digestifs ou cutanés, troubles cognitifs tels que la confusion) et de la pratique de l'autoanalgésie contrôlée. Dans certains cas, lorsque les douleurs ne peuvent plus être contrôlées, un sommeil artificiel peut être induit. Enfin, certains traitements, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, peuvent encore être préconisés pour réduire ou soulager certains types de douleur.

Il est à noter qu'en SP, des soins qui apparaissent banals dans d'autres services prennent ici une dimension nouvelle. Par exemple, le temps de la toilette, celui des soins de bouche ou des plaies, les transferts sont des moments privilégiés pour entrer en alliance avec le patient et développer le toucher.

3.2 Prise en charge psychologique

Trois types d'interventions seront brièvement présentées et la quatrième (le soutien psychologique) sera davantage développée. Il est à noter qu'à côté de la thérapie ou du soutien psychologique, des méthodes non psychothérapeutiques existent pour atténuer la détresse émotionnelle. C'est le cas, par exemple, de la musique (Horne-Thompson & Grocke, 2008 ; O'Kelly & Koffman, 2007).

3.2.1 Les différents types d'intervention

■ Intervention fondée sur le type d'attachement

Un des objectifs thérapeutiques peut être d'aider le patient à résoudre des problèmes spécifiques liés à son style d'attachement, afin qu'il puisse

mourir avec le moins de conflits possible. Le type d'attachement d'un patient en phase terminale peut souvent être identifié lors de la première consultation d'admission, car il est amplifié par l'anxiété qu'engendre la future séparation (Petersen & Koehler, 2006).

La thérapie basée sur l'attachement appliquée aux soins palliatifs postule que l'unité de soins palliatifs peut offrir à tous ses patients un lieu, une base de sécurité stable pour le restant de leur vie si le personnel soignant est présent, attentif et fiable. Le fait que le médecin puisse soulager, voire éliminer la douleur et les symptômes aide à le voir comme une figure d'attachement digne de confiance également.

Si le style d'attachement est sûr, un accompagnement thérapeutique à travers des activités de soutien, comme une réflexion sur le parcours de vie, une structuration du temps restant ou des entretiens avec la famille, sera suffisant.

Dans le cas d'un style d'attachement de type évitant, tenter d'établir une relation thérapeutique stable peut permettre au patient de faire l'expérience d'un attachement fiable. Les patients niant leurs émotions difficiles trouveront ainsi un espace sécurisant pour les reconnaître. Ces processus de confrontation ne doivent toutefois pas se produire trop tôt, au risque d'obtenir un refus de tout contact émotionnel, un effondrement émotionnel, voire une décompensation psychique sous forme de symptômes délirants. Il est essentiel de procéder avec douceur, en accordant aussi une attention particulière aux expressions non verbales du patient.

Ensuite, si l'attachement est de type ambivalent et enchevêtré¹, il s'agit d'élaborer des stratégies claires lors des visites quotidiennes afin de permettre au patient et à sa famille de se calmer émotionnellement et d'éviter que l'angoisse ne se propage infiniment de l'un à l'autre. Il est important de soutenir la volonté d'autonomie du patient et de démêler les relations enchevêtrées en clarifiant la structure familiale. Cela permettra aux proches de reconnaître que l'autonomie laissée au patient l'aide aussi à maîtriser son processus de décès.

Enfin, dans le cas d'un attachement de type désorganisé, le psychologue soutient la régulation des émotions et apporte de la clarté dans les relations. « La continuité de l'attachement sous forme de soins fiables,

1. Une famille enchevêtrée est une famille tournée vers elle-même, qui établit une frontière nette entre elle et le monde extérieur, mais où les frontières au sein du système sont diffuses. Les membres de la famille se préoccupent excessivement les uns des autres et dépendent fort les uns des autres. Les émotions et pensées de l'un peuvent facilement se propager aux autres.

d'attention et d'accompagnement par le médecin permettra parfois au patient d'accepter l'aide pour surmonter sa peur de la mort » (*ibid.* p. 122).

La thérapie basée sur l'attachement se veut une occasion de guérir de vieilles blessures et de reconstruire une relation de type sécuritaire pour le temps qui reste à vivre.

■ *Thérapie de la dignité*

Cette intervention thérapeutique vise à traiter la détresse psychosociale et existentielle chez les malades en phase terminale (McClement, Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson & Harlos, 2007). Son approche, brève et individualisée, invite les patients à discuter des questions les plus importantes à leurs yeux et à articuler les choses dont ils aimeraient le plus se souvenir lorsque la mort sera proche. Ces discussions et ces souvenirs sont enregistrés et retranscrits dans un document qui est généralement donné à la famille et aux proches. C'est l'une des raisons qui fait que la thérapie de la dignité semble bénéfique tant au patient qu'à sa famille.

La dignité des patients est très importante car les patients qui ont le sentiment de perdre leur dignité sont plus susceptibles d'éprouver des symptômes de détresse psychologique (augmentation de la douleur, diminution de la qualité de vie, troubles intestinaux), d'avoir des besoins de dépendance accrus (toilette, habillage, incontinence), d'être déprimés, désespérés et anxieux (Hack, McClement, Chochinov, Cann, Hassard, Kristjanson & Harlos, 2010).

■ *Short-Term Life Review*

Le *Short-Term Life Review* semble constituer une intervention efficace pour augmenter le bien-être et diminuer l'anxiété, la dépression et la souffrance (Ando, Morita, Okamoto & Ninosaka, 2008). Au cours de ce bilan qui se déroule en deux séances, le patient est amené à passer sa vie en revue et à réévaluer certaines expériences antérieures « avec l'intention de résoudre et d'intégrer les conflits passés, donnant ainsi une nouvelle signification à sa vie » (*ibid.*, p. 885). Parfois confondue avec la thérapie de la dignité en raison de leurs questions communes permettant de passer sa vie en revue, il est important de souligner les différences entre ces deux interventions. Dans la thérapie de la dignité, le patient aborde ce qui importe le plus pour lui et ce dont il aimerait se rappeler avant de mourir. Dans le *Short-Term Life Review*, le psychologue invite le patient à examiner les bons et les mauvais souvenirs et à les réévaluer

et les intégrer. Dans cette méthode, habituellement utilisée en gériatrie, le psychologue fait un compte-rendu de la première session sous forme d'un album qu'il examine avec le patient lors de la seconde session afin qu'il puisse apprécier et réévaluer sa vie.

3.2.2 L'intervention de soutien

Le soutien psychologique constitue la « thérapie » la plus utilisée pour la prise en charge psychologique en soins palliatifs. Le soutien psychologique consiste non pas à traiter mais bien à accompagner les personnes. Cet accompagnement se fait à trois niveaux : les patients, les familles et l'équipe.

■ Les patients

La demande. L'équipe soignante et la famille sont ceux qui formulent le plus souvent la demande. Celle-ci peut être discutée en réunion d'équipe, être faite directement au psychologue par un membre de l'équipe ou venir d'un membre de la famille du patient. Ceci dit, le patient reste libre de choisir s'il souhaite ou non voir le psychologue.

Modèles. Comme présenté plus haut, le modèle de Kübler-Ross est le plus couramment utilisé car il représente bien les étapes que peuvent traverser le patient et son entourage. D'autres modèles concernant le vécu psychique du patient en fin de vie ont été élaborés (par exemple, celui d'Edwin Shneidman, celui de Martine Ruzsniewski, de Michel de M'Uzan ou de Jean-Paul Gelinas)¹. Ces modèles sont complémentaires, chacun détaillant tel ou tel aspect de l'expérience du patient. Shneidman (1987) s'intéresse aux besoins fondamentaux menacés par la fin de vie, et à la nécessité d'y prêter attention afin de diminuer la souffrance. Ruzsniewski (1995) s'intéresse aux mécanismes de défense du patient. Il décrit le mécanisme de déplacement de l'angoisse sur une autre cible que soi-même ou encore le mécanisme de maîtrise, où le patient, en cherchant à contrôler sa maladie, atténue son sentiment d'impuissance. Gelinas s'intéresse quant à lui aux cauchemars du patient. Ils sont causés par l'angoisse de la mort et peuvent être atténués avec du réconfort (1982, cité par Charlier, 2005, pp.17-19). Finalement, M'Uzan s'intéresse au besoin d'être en lien (1977, cité par Charlier, 2005, pp.16-17). Chacun de ces modèles accroît la compréhension du vécu du patient.

1. Nous renvoyons le lecteur, intéressé par ces modèles, aux ouvrages cités en bibliographie.

Prise en charge. Les « phases du mourir » (*cf.* modèle de Kübler-Ross, point 2.2 du présent chapitre) sont des manifestations conscientes d'un énorme travail inconscient chez le patient en fin de vie (Abiven, 2004). Accompagner le patient tout au long de ce processus exige trois choses :

Premièrement, il faut identifier les mécanismes de défenses inconscients, les respecter et s'y ajuster si nécessaire. D'après Abiven (2004, p.130), « la proximité de la mort provoque une sorte de clivage du Moi », qui est le mode de défense le plus répandu. Le Moi de la personne en fin de vie « sait » qu'il va mourir mais en même temps il n'y « croit pas ». Ces deux pensées contradictoires coexistent au sein du patient et cela déroutent souvent l'équipe soignante. En raison de la part du Moi qui « n'y croit pas », le malade se remettra à espérer, à parler de guérison, à échafauder des projets, voire à vouloir rentrer chez lui ! Il faut alors « tenir compte de cette bouffée d'espoir tout en restant lucide sur les perspectives » (*id.*, p.131). Il ne faut pas partager l'illusion, mais bien la joie exprimée par le patient. Il faut éviter d'adopter une attitude qui serait opposée à celle du patient. Par exemple, se montrer réaliste alors que le malade est en plein déni ou le rassurer faussement quand il est réaliste.

Deuxièmement, il est nécessaire de prendre en compte les besoins de maintien ou de restauration de l'estime de soi du patient ainsi que son besoin de trouver du sens au vécu. Souvent, la culpabilité, la dégradation physique, le sentiment d'injustice et de révolte sont tels que l'estime de soi est profondément atteinte (*id.*). Le malade sera invité à parler de ses désirs, de ce qu'il aurait aimé faire et de ce qu'il n'a pas pu faire. Si le patient éprouve de l'insatisfaction face à son vécu, le psychologue pourrait l'aider à faire le deuil de ce qu'il n'a pas pu et ne pourra plus accomplir dans sa vie. Ensuite, certains patients peuvent craindre de ne pas être capables de « faire face à la mort ». Il s'agira, avec eux, de restituer leur maladie dans leur histoire de vie afin d'identifier les ressources qui leur ont permis de traverser les épreuves afin qu'ils aient confiance en leur capacité à assumer la maladie jusqu'au bout. Enfin, l'altération de l'image de soi peut amener le patient à s'isoler et à refuser de communiquer. Une attitude affectueuse envers lui l'aidera à se sentir confirmé dans son essence et sa valeur.

Troisièmement, il faut pouvoir « contenir » l'angoisse et la détresse psychique, et accompagner la régression parfois présente. Vu que l'angoisse est une étape présente chez la majorité des patients, nous devons les aider à contenir leur détresse psychique et en permettre l'élaboration et le dépassement. Parfois, leur fournir certaines informations concernant leur maladie et son évolution peut atténuer les angoisses, mais il s'agit

surtout de percevoir ce qu'ils sont prêts à entendre ou non, ce qu'ils veulent savoir ou non et de respecter cela (Charlier, 2005).

Espace de parole. L'espace de parole doit être agréable et sécurisant, favoriser l'écoute et la compréhension. Il doit permettre au patient de formuler ses questionnements, ses ressentis, son vécu (Charlier, 2005). L'attitude du psychologue doit être empreinte des trois attitudes thérapeutiques fondamentales décrites par Rogers (1957) : la congruence, l'empathie et la considération positive inconditionnelle (voir chapitre 5 point 3.2.1). Ces attitudes offriront non seulement un espace permettant au patient d'exprimer sa souffrance physique et psychique mais également la certitude qu'il peut tout exprimer et qu'il sera entendu pleinement dans tous ses ressentis, y compris la peur ou l'envie de mourir.

Besoins des patients. Quatre types de besoins sont particulièrement prépondérants en soins palliatifs : les besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Afin de répondre aux besoins psychologiques, il faut faciliter la relation avec le patient et faire en sorte qu'il se sente à l'aise pour s'exprimer librement et en toute sécurité. Pour agir sur les besoins physiques, l'équipe soignante doit faire son possible pour favoriser le confort du corps du malade et diminuer les douleurs ; celles-ci peuvent en effet engendrer de l'effacement, une absence de communication et une perte ou une diminution du dynamisme psychologique et spirituel (Salamagne, 1986, cité par Mernier, 1998, p. 80). Pour répondre aux besoins sociaux, il faut redonner une place au patient au sein de sa famille (ce qui est particulièrement difficile lorsque celle-ci fait un deuil anticipé mais aussi au sein de la société (Lamau, 1994, cité par Mernier, 1998, p. 83). Enfin, les besoins spirituels peuvent se traduire par la nécessité du mourant de trouver un sens au parcours de sa vie (Couvreur, 1988, cité par Mernier, 1998, p. 84).

■ Les familles

De nombreux bouleversements. Les proches du patient doivent faire face à de nombreux bouleversements liés à la fin de vie et au décès imminent d'un être cher (Charlier, 2005). Des problèmes de communication et d'interprétation émergent pourtant souvent comme lorsque, par exemple, le patient est agressif avec un proche ; son comportement exigeant et revendicateur est considéré par sa famille comme un rejet qu'elle ne comprend pas. En réalité, ces excès de colère et d'agressivité s'adressent fréquemment à la maladie et à la mort. Dans ce genre de situation, le rôle du psychologue est de « décoder » les réactions du patient, de les replacer dans sa « crise du mourir » et d'aider la famille à comprendre ce qui se passe et ce que vit leur proche.

Les réactions des membres de la famille varient (Charlier, 2005). Certains vont tenter de garder le mourant le plus longtemps possible auprès d'eux, mettant le patient dans une situation difficile, celle de choisir entre partir ou rester. D'autres vont tenter de raviver leurs liens affectifs et démontrer leur amour à la personne en fin de vie, avec parfois le risque d'infantilisation qui peut en découler. D'autres auront un sentiment de culpabilité, qui les conduira à fuir le mourant ou, à l'inverse, à vouloir être constamment près de lui. La culpabilité est souvent le fruit de regrets (sensation de ne pas avoir suffisamment fait pour le patient) ou du désir que le patient décède afin que lui et sa famille ne souffrent plus. Accompagner l'expression de cette culpabilité peut aider les proches à s'en dégager (Abiven, 2004). Ceci ne sont que quelques exemples des multiples réactions au deuil que le psychologue va devoir accompagner.

Le deuil. Le deuil est une expérience universelle qui mobilise les ressources adaptatives des personnes qui y sont confrontées c'est-à-dire le patient, ses proches et les soignants. Le deuil est un processus réactionnel à la perte d'un lien affectif significatif. Les types de réactions peuvent être d'ordre comportemental, cognitif, interpersonnel et physique/somatique (Zech, 2006).

Il arrive souvent que le processus de deuil soit commencé avant le décès réel du patient. On parle alors de prédeuil. Celui-ci survient progressivement parce que le futur endeuillé va se préparer petit à petit à la perte de la relation et éventuellement s'accoutumer, souvent avec ambivalence, à la mort du malade. Au cours de la maladie, des traitements curatifs et des soins palliatifs, le proche initie un processus de deuil par rapport à divers aspects de sa relation au malade. Il arrive également, plus rarement, que le deuil soit anticipé. Dans ce cas, il s'agirait d'un processus de désinvestissement psychique brutal lié au choc traumatique de la connaissance de la future dégradation de l'image idéalisée ou de la mort future du patient, il y a rupture du lien (Bacqué & Baillet, 2009). Dans ce cas, c'est un peu comme si le proche du malade agissait comme si la personne était déjà morte, une attitude perçue comme choquante pour les autres proches ou les soignants. Il faut signaler qu'il y a peu de preuves empiriques du deuil anticipé, ce sont surtout des données cliniques qui existent.

Le deuil (ou prédeuil) est source de souffrance et est décrit par les mêmes étapes ou réactions que celles du mourir : choc, déni, colère, marchandage, dépression et rétablissement (Bowlby, 1984). Il est influencé par différents facteurs tels que l'état (psychique, physique et social) du défunt ou de l'endeuillé, ainsi que la prévisibilité, les circonstances et les conséquences du décès (Charlier, 2005).

Lorsque le patient et son entourage ne se trouvent pas au même niveau par rapport aux « étapes du mourir », le psychologue peut essayer de rencontrer les membres de la famille pour tenter de réajuster leurs attitudes à l'égard du patient (Abiven, 2004). L'entretien avec la famille pourrait l'amener à prendre conscience du décalage et voir s'il est possible et utile de le réduire pour ses membres. Le psychologue est donc amené à favoriser la communication et l'expression des émotions au sein de la famille, tout en étant attentif aux relations existant entre les membres du système, les conflits éventuels, les envies de pardon, de paix et d'amour qui peuvent exister, ainsi que les émotions qui y sont liées.

Bien informer la famille sur le fonctionnement du service et les soins proposés est essentiel pour qu'elle puisse accompagner le patient le mieux possible. Le psychologue pourra au besoin conseiller à la famille de « prendre soin de soi, afin de pouvoir prendre mieux soin de l'autre » (Charlier, 2005, p. 47). Il devra autant que possible prévenir ou atténuer l'épuisement émotionnel des proches et préparer leur deuil. Après le décès, un suivi de deuil peut aussi être proposé. Il peut prendre plusieurs formes : en individuel, en famille ou en groupe.

■ *L'équipe*

Comme dans les autres services, les membres de l'équipe se réunissent régulièrement afin de partager des informations et prendre des décisions concernant les patients. À côté de ces réunions de concertation, il existe souvent en soins palliatifs d'autres réunions qui offrent la possibilité aux soignants d'exprimer la souffrance qu'engendre leur travail. Même si, dans la pratique, ces réunions sont souvent animées par les psychologues du service, elles devraient idéalement être animées par des intervenants extérieurs car il est délicat qu'une même personne s'occupe du suivi des patients, de leur famille et du soutien de l'équipe (Abiven, 2004). Lors de ces réunions, chacun peut exprimer son ressenti face à la mort des patients, parler de ce qui est difficile pour lui avec les patients ou au sein de l'équipe. L'objectif est de soutenir les soignants dans leur travail et les aider à assumer les deuils répétés. Le psychologue permettra au groupe de travailler sur ses clivages, ses antagonismes, ses relations et ses angoisses. L'objectif est de soulager les soignants de leur souffrance, afin qu'ils puissent se recentrer autour des besoins et des désirs du malade.

Ces réunions sont aussi l'occasion de fournir aux soignants des outils pour penser leur pratique et pour les aider à répondre aux demandes du patient quand le psychologue est absent. Comme une des psychologues interrogées l'explique : « Les patients ont souvent besoin de parler à l'heure de la toilette ou en pleine nuit, lorsque le psychologue est absent,

car c'est à ces moments-là que les angoisses surgissent et qu'ils ont envie de parler. Quand on touche à leur corps, ça réveille en eux pas mal de choses et ils ont besoin de parler de ce que ça signifie pour eux de ne plus savoir marcher, ne plus savoir aller aux toilettes comme tout le monde, d'avoir une sonde, un lange. »

4. Conclusion

Les patients en soins palliatifs arrivent à la suite de différentes pathologies qui rendent leurs symptômes très variés. Au niveau médical, la priorité ira à l'augmentation du confort physique, y inclus la prise en charge de la douleur, qui est le symptôme le plus fréquent. Au niveau psychologique, l'objectif principal sera d'accompagner la personne dans ses processus de deuil en prêtant une attention particulière à ses besoins.

La thérapie de soutien, la plus utilisée en soins palliatifs, consiste à accompagner le patient, sa famille et le personnel soignant dans leur cheminement vers la fin de vie. D'autres prises en charge validées empiriquement peuvent s'avérer utiles pour améliorer la qualité de vie du patient. Par exemple, la thérapie basée sur le type d'attachement, le Short-Term Life Review ou encore la thérapie de la dignité.

Pour aller plus loin



BON, M. (1994). *Accompagner les personnes en fin de vie*. Paris : L'Harmattan.

CHOCHINOV, H. M., HACK, T., HASSARD, T., KRISTJANSON, L. J., MCCLEMENT, S. & HARLOS, M. (2005). Dignity therapy : A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (24), 5520-5525.

HAIN, R. & JASSAL, S. S. (2010). *Paediatric Palliative Care*. Oxford (England): Oxford University Press.

KÜBLER-ROSS, E. (1975). *Les derniers instants de la vie* (C. JUBERT & E. PEYER, Trad.). Genève : Labor et Fides. (Œuvre originale publiée en 1969).

PERRIER, M. & FONDRAS, J.-C. (2004). *Soins palliatifs*. Paris : Doin.

ZECH, E. (2006) *La psychologie du deuil : Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Liège : Mardaga.

Bibliographie

- ABEL, H. (2009). Migraine headaches : Diagnosis and management. *Optometry*, 80, 138-148.
- ABIVEN, M. (2004). *Pour une mort plus humaine : Expérience d'une unité hospitalière en soins palliatifs* (3^e éd.). Paris : Masson.
- ABRAHAM, J., GULLEY, J. L. & ALLEGRA, C. J. (2005). *Bethesda Handbook of clinical oncology* (2nd ed.) Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- ADAMS, H. H., FEUERSTEIN, M. & FOWLER, J. L. (1980). Migraine headache : Review of parameters, etiology and intervention. *Psychological Bulletin*, 87, 217-237.
- ADDIS, M. E. & MARTELL, C. R. (2009). *Vaincre la dépression. Une étape à la fois*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- ADÈS, J. & LEJOYEUX, M. (1997). *Alcoolisme et psychiatrie : données actuelles et perspectives*. Paris : Masson.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ [ANAES] (2000). *Diagnostic, prise en charge, et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Recommandations pour la pratique clinique*. Paris : ANAES.
- ALHADEF, D. (2002). Une vision systémique du travail avec les proches de patients dépendants. *Dépendances*, 17(2), 10-13. En ligne http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/%20dep_%2017_alhadeff.pdf, consulté le 6 octobre 2011.
- ALPERT H. R., CONNOLLY G. N. & BIENER L. (2012). A Prospective Cohort Study Challenging the Effectiveness of Population-based Medical Intervention for Smoking Cessation, *Tobacco Control*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV* (DSM-IV) (4^e éd.). Paris : Masson
- ANAUT, M. (2006). Résiliences familiales ou familles résilientes ? *Reliance*, 19, 14-17.
- ANDERSEN, M. B. & WILLIAMS, J. M. (1988). A model of stress and athletic injury : Prediction and prevention. *Journal of Sport & Exercise Psychology*.
- ANDERSON, P., GUAL, A. & COLOM, J. (2008). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. En ligne <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>, consulté le 5 octobre 2011.

- ANDERSON, R. J., FREEDLAND, K. E., CLOUSE, R. E. & LUSTMAN, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis. *Diabetes care*, 24, 1069-1078.
- ANDERSON, R. M., FUNNELL, M. M., BUTLER, P. M., ARNOLD, M. S., FITZGERALD, J. T. & FESTE, C. C. (1995). Patient empowerment : results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18, 943-949.
- ANDO, M., MORITA, T., OKAMOTO, T. & NINOSAKA, Y. (2008). One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17, 885-890.
- ANTONACI, F., NAPPI, G., GALLI, F., MANZONI, G. C., CALABRESI, P. & COSTA, A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity : A review of clinical findings. *The Journal of Headache and Pain*, 12, 115-125.
- ARMITAGE, N. (2003). Colorectal Cancer : Clinical features and Investigations. *Medicine* 2, 65-66.
- ASSAL, M. et al. (2008). *Informations destinées aux patients : Vivre une amputation, des réponses à vos questions*. En ligne http://www.hugge.ch/_library/pdf/Actualite%20sante%20/Amputation.pdf, consulté le 22 octobre 2011.
- ATHERTON, R. & ROBERTSON, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201-1209.
- AUBIN, H. J., LAUREAUX, C., TILIKETE, S. & BARRUCAND, D. (1999). Changes in cigarette smoking and coffee drinking after alcodetoxification in alcoholic. *Addiction*, 94(3), 411-416.
- AUER R., MORIN, D., DARIOLI, R., CORNUZ, J. & RODONDI, N. (2008). Approche éducationnelle des patients à risque cardiovasculaire. *Revue Médicale Suisse*, 148, 657-660.
- AYALON, R., GROSS, R., TABENKIN, H., PORATH, A., HEYMANN, A. & PORTER, B. (2008). Determinants of quality of life in primary care patients with diabetes : Implications for social workers. *Health & Social Work*, 33, 229-236.
- BACQUÉ, A. F. & BAILLET, F. (2009). *La force du lien face au cancer*. Paris : Odile Jacob
- BAER, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology : Science & Practice*, 10, 125-143.
- BAGLIONI, C., BATTAGLIESE, G., FEIGE, B., SPIEGELHALDER, K., NISSEN, C., VODERHOLZER, U., LOMBARDO, C. & RIEMANN, D. (2011). Insomnia as a

- predictor of depression : a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19.
- BAGLIONI, C., SPIEGELHALDER, K., LOMBARDO, C. & RIEMANN, D. (2010). Sleep and emotions : A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 227-238.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York : WH Freeman.
- BARNARD, R. J., JUNG, T. & INKELES, S. B. (1994). Diet and exercise in the treatment of NIDDM. *Diabetes Care*, 17, 1469-1472.
- BASS, E. B. & FORD, D. E. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30-38.
- BATEL, P. (2011). *Pour en finir avec l'alcoolisme : réalités scientifiques contre idées reçues* (2e éd.). Paris : Éditions La Découverte.
- BAUDIN B., COHEN, A., BERTHELOT-GARCIAS, E., MEULEMAN, C., DUFAITRE, G., EDERHY, S., HADDOUR, N & BOCCARA, F. (2009). Données épidémiologiques des maladies cardiovasculaires et prise en charge des accidents cardiovasculaires. *Revue Francophone des Laboratoires*, 409, 27-39.
- BAUMEISTER, R. F. (2002). Yielding to temptation : Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 670-676.
- BEATTY, L., OXLAD, M., KOCZWARA, B. & WADE, T. (2008). The Psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer : A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, 331-342.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : Penguin.
- BERNARD, P. (2006). *Vécu et représentations mentales de la maladie chez les diabétiques de type 2*. Thèse de doctorat en médecine non publiée, Université de Nantes, Nantes, France.
- BERREWAERTS, J., DOUMONT, D. & DECCACHE, A. (Eds.) (2003). *Comment prend-on en charge, de façon globale et psycho-socio-éducative, les patients souffrant de douleurs chroniques ? Dossier technique 03-24*. Document non publié, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- BERTRAND L., MORIER, S., BOISVERT, J. M. & MOTTARD, Y. (2001). L'Intervention auprès des Personnes Socialement Anxieuses Ayant des Incapacités Physiques. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 6(2), 27-34.

- BIGAL, M., LIPTON, R., COHEN, J. & SILBERSTEIN, S. (2003). Epilepsy and migraine. *Epilepsy & Behavior*, 4(2), 13-24.
- BILLIARD, M. & DAUVILLIERS, Y. (2005). *Les troubles du sommeil*. Paris : Masson.
- BILLIARD, M. & DAUVILLIERS, Y. (2004). Insomnia. *EMC-Neurologie*, 1, 209-222.
- BLACKBURN, I. M. & COTTRAUX, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression* (3e éd.). Paris : Masson.
- BLANCHARD, E. B. (1987). Long term effects on behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy*, 18, 375-385.
- BLANCHARD, E. B. & ANDRASIK, F. (1982). Psychological assessment and treatment of headache : Recent developments and emerging issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 859-879.
- BOERSMA, S. N., MAES, S. & JOEKES, K. (2005). Goal disturbance in relation to anxiety, depression, and health-related quality of life after myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 14(10), 2265-2275.
- BOLHER, E. (2011). *Centre de sénologie*. En ligne http://www.cbk.lu/fr-section-Centre_de_Senologie.html, consulté le 9 décembre 2011.
- BOUHASSIRA, D., LANTERI-MINET, M., ATTAL, N., LAURENT, B. & TOUBOUL, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136(3), 380-387.
- BOUREAU, F. (1991). *Contrôlez votre douleur*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- BOURGEOIS, M. (Eds.) (2003). *Podologie & Lombalgies : aspects conceptuels, approche expérimentale, stratégie de recherche*. Bruxelles : Haute École Libre de Bruxelles.
- BOURGEOIS, P. (2001). Épidémiologie de la lombalgie. In S. Rozensberg (Ed.), *La douleur lombaire* (pp. 7-16). Paris : Institut UPSA de la douleur.
- BOUTLIER, B & OUTREQUIN, G. (s.d.). *La colonne vertébrale : généralités*. En ligne http://www.anatomie-humaine.com/Generalites.html?id_document=105, consulté le 2 février 2012.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss : Vol. 3. Loss : Sadness & Depression*. London : Hogarth Press.
- BRADLEY, B. P., MOGG, K. & LEE, S. C. (1997). Attentional biases for negative information in induced and naturally occurring dysphoria. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 911-927.

- BRADY, K. T. & SINHA, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders : the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry* 2005, 162, 1483-1493.
- BROADBENT, E., ELLIS, C. J., GAMBLE, G. & PETRIE, K. J. (2006). Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 68, 910-913.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. & DANTZER, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. & QUINTARD, B. (2001). *Personnalité et maladies : stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- BURGER, H. & MARINCEK, C. (2007). Return to work after lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 29(17), 1323-1329.
- BURNS, D. D. (1999). *Feeling good : The new mood therapy*. New York : William Morrow and Co.
- BURNS, V. E., CARROLL, D., RING, C., HARRISON, L. K. & DRAYSON, M. (2002). Stress, Coping, and Hepatitis B Antibody Status. *Psychosomatic Medicine*, 64, 287-293.
- BUSE, D. C. & ANDRASIK, F. (2009). Behavioral medicine for migraine. *Neurologic Clinics*, 27, 445-465.
- BUYSSCHAERT, M. (1998). *Diabétologie clinique*. Paris : De Boeck Université.
- CAETANO, R. (1993). The association between severity of DSM-III-R alcohol dependence and medical and social consequences. *Addiction*, 88, 631-642.
- CAMPBELL, C. & CRAMB, G. (2008). Nobody likes a back bore' – exploring lay perspectives of chronic pain : revealing the hidden voices of nonservice users. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 383-390.
- CAMPBELL, J., PENZIEN, D., WALL, E., FREITGAG, F., FRISHBERG, B., GILBERT, T., MATCHAR, D., MCCRORY, D., PIETRZAK, M., RAMADAN, N., ROSENBERG, J., ROZEN, T., SILBERSTEIN, S. & YOUNG, W. (2000). *Evidence-based Guidelines for Migraine Headache : Behavioral and Physical Treatments*. Minneapolis : American Academy of Neurology. En ligne <http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf>.
- CANNON, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. London : Appleton.
- CAREY, M. P., KALRA, D. L., CAREY, K. B., HALPERIN, S. & RICHARDS, C. S. (1993). Stress and unaided smoking cessation : A prospective investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 831.
- CARRUZZO, E., ZIMMERMANN, G., ZUFFEREY, C., MONNAT, M., ROUGEMONT-BUECKING, A., BESSON, J. & DESPLAND, J. N. (2009). L'entretien motiva-

tionnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants ? Une revue de littérature. *Pratiques Psychologiques*, 15, 405-413.

CAVANAGH, S., SHIN L., KARAMOUZ, N. & RAUCH, S. (2006). Psychiatric and Emotional Sequelae of Surgical Amputation. *Psychosomatics*, 47, 459-464.

CENTRE BELGE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE (2010, octobre). *Fiche de transparence – Prise en charge de l'insomnie*. En ligne : http://www.cbip.be/pdf/tft/TF_Insomnie_Lng.pdf.

CHABRIAT, H., DANCHOT, J., MICHEL, P., JOIRE, J. E. & HENRY, P. (1999). Precipitating factors of headaches. *Headache*, 39, 335-338.

CHARLIER, R. (2005). *La place du psychologue en unité hospitalière de soins palliatifs*. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

CHARMAZ, K. (1999). Stories of suffering : subjective tales and research narratives. *Qualitative health research*, 9(3), 362-382.

CHESSON, A., HARSTE, K., ANDERSON, W. M., DAVILLA, D., JONHSON, S., LITTNER, M., WISE, M. & RAFECAS, J. (2000). Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. *Sleep*, 23(2), 1-5.

CHUNG, M. C., BERGER, Z., JONES, R & RUDD, H. (2008). Posttraumatic stress and co-morbidity following myocardial infarction among older patients : the role of coping. *Mental Health*, 12(1), 124-133.

CLAUW, L. (2004). *Douleur chronique et réactions de l'entourage : comment améliorer la qualité de l'interaction ?* Mémoire de master, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

COLLÈGE ROMAND DE MÉDECINE DE L'ADDICTION (2009). *Neurosciences de l'addiction*. En ligne http://www.stoptabac.ch/fra/images/stories/documents_stop_tabac/neurosciences_addictions.pdf, consulté le 5 octobre 2011.

COMECHE, M. I., VALLEJO, M. A. & DIAZ, M. I. (2001). Psychological treatment of headache : variables that predict improvement in an active-passive approach. *Psychology in Spain*, 5(1), 3-13.

COMITÉ DES REPRÉSENTANTS DE LA POPULATION ATTEINTE DE CANCER ET DES PROCHES AU QUÉBEC. (2005). *Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec : recommandations – avis*. En ligne http://www.college-merici.qc.ca/collection/msss_quebec/besoins_pers_cancer.pdf, consulté le 17 octobre 2011.

- CONSTANT, E. (2010). http://icampus.uclouvain.be/claroline/course/index.php?cid=PSYM2512_002 : première master en psychologie clinique, PSYM2512, Syllabus, Université catholique de Louvain.
- COOPMAN, A. L. (2008). Traumatisme somatique : « L'esprit comme jouet du corps ». *Cahiers de Psychologie Clinique*, 30, 109-128.
- COOPMAN, A. L. & JANSSEN, C. (2011). « Suis-je un homme avec toi ? » : L'illusion conjugale à l'épreuve du handicap physique. *Champ psychosomatique*, 59, 59-77.
- COOPMAN, A. L. & RYPENS, S. (2006). *Les vécus psychologiques de l'amputation*. Conférence donnée lors de la XXVème journée de l'AMISEK. Bruxelles, Belgique.
- CORTEN, Ph. (2009). *Stress et stress Pathologique*. Working paper. Université Libre de Bruxelles, Belgique.
- CORTEN, Ph. (2011). *Stress et stress Pathologique*. Communication orale, Clinique du Stress, Hôpital Brugmann, Belgique.
- COTTRAUX J. (Dir.) (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris : Masson.
- COTTRAUX, J. (2011). *Psychothérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
- COUMANS, N. (2012). *Le perfectionnisme comme processus transdiagnostique dans un cas d'insomnie chronique : conceptualisation, réflexion et pistes d'intervention*. Mémoire de master complémentaire en psychothérapie intégrée, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.
- COUTURE-LALANDE, M. E., GREENMAN, P. S., NAAMAN, S. & JOHNSON, S. M. (2007). La thérapie de couple axée sur l'émotion (EFT) pour traiter les couples dont la femme a le cancer du sein : une étude exploratoire. *Psycho-Oncologie*, 1(4), 257-264.
- CRIOC (2011a). *Farde documentation tabac*. En ligne : <http://www.oivo-crioc.org/files/fr/5910fr.pdf>, consulté le 9 novembre 2011.
- CRIOC (2011b). *La consommation de tabac*. En ligne : <http://www.oivo-crioc.org/files/fr/5564fr.pdf>, consulté le 9 novembre 2011.
- CURRIE, S. R. & WANG, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1-2), 54-60.
- DALTEG, T., BENZEIN, E. FRIDLUND, B. & MALM, D. (2011). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship : A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 140-149.

- DAUCHY, S. & ROUBY, P. (2007). Aspects psycho-oncologiques. In J. F. MORÈRE, F. PENAULT-LLORCA, M. AAPRO & R. SALMON (Eds.), *Oncologie pratique : le cancer du sein* (pp. 291-313). Paris : Springer.
- DE GRAVELAINE, F. & SENK, P. (1995). *Se libérer de ses dépendances*. France : Robert Laffont.
- DE LEON, J., DADVAND, M., CANUSO, C., WHITE, A. O., STANILLA, J. K. & SIMPSON, G. M. (1995). Schizophrenia and smoking : an epidemiological survey in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 453-455.
- DE TIMARY, P. & FAORO-KREIT, B. (2012). Régulation des émotions et dépendance à l'alcool. In M. MIKOLAJCZAK & M. DESSEILLES (Eds.), *Traité de régulation des émotions* (pp. 357-372). Bruxelles : De Boeck.
- DE TOURTCHANINOFF, M. (2010). *La migraine sans se prendre la tête*. En ligne sur le site des Cliniques universitaires Saint-Luc <http://www.saintluc.be/actualites/newsletters/%20092/index.php>, consulté le 14 octobre 2011.
- DEBRAY, Q., GRANGER, B. & AZAÏS, F. (2010). *Psychopathologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- DECLERCQ, T., ROGIERS, R., HABRAKEN, H., MICHELS, J., MARIMAN, A. & DE MEYERE, M. (2005). *Insomnie, recommandation en première ligne de soins*. Bruxelles : Société Scientifique de Médecine Générale.
- DENIZ, O., AYGUL, R., KOCAN, N., ORHAN, A. & KAYA, M. D. (2004). Precipitating factors of migraine attacks in patients with migraine with and without aura. *The Pain Clinic*, 16, 451-456.
- DENYS, H. & STRAGIER, B. (2009). *Comprendre et traiter le cancer du sein*. Bruxelles : Vivio.
- DERELY, M. & DERMINE, C. (2001). Cure de désintoxication. Programme thérapeutique à partir d'un cadre hospitalier psychiatrique. *Le Carnet PSY*, 61(1), 28-31.
- DESCOMBERY, J. P. (2004). L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ? *Revue Française de Psychanalyse*, 68, 561-579.
- DESMEDT, M. (2002, décembre). *Les soins palliatifs en Belgique*. Communication présentée au colloque sur les soins palliatifs du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, France.
- DESSEILLES, M., MIKOLAJCZAK, G. & SCHWARTZ, S. (2012). Sommeil, rêves et régulation des émotions. In M. MIKOLAJCZAK et M. DESSEILLES (Eds.), *Traité de la régulation des émotions* (pp. 87-100). Bruxelles : De Boeck.

- DESSEILLES, M. & MIKOLAJCZAK, M. (2013). *Vivre mieux avec ses émotions*. Paris : Odile Jacob.
- DIJKSTRA, A. & DE VRIES, H. (2001). Do self-help interventions in health education lead to cognitive changes, and do cognitive changes lead to behavioural changes ? *British Journal of Health Psychology*, 6, 121-134.
- DUPONT, P. (2008). Tabagisme et varénicline. *Alcoologie et addictologie*, 30(1), 29-35.
- DUPONT, P., GILLET, C., GUERIN, M., KALAMARIDES, S., LARINIER, E. *et al.* (2010). Tolérance de la varénicline en pratique courante. *La Presse Médicale*, 39, e17-e24.
- DUQUESNOY, B., DEFONTAINE, M. C., GRARDEL, B., MAIGNE, J. Y., THEVENON, A. & VIGNON, E. (1994). Définition de la lombalgie chronique. *Rev Rhum Engl Ed*, 61(4 bis), 98-108.
- DUSSELDORP, E., VAN ELDEREN, T., MAES, S., MEULMAN, J. & KRAAIJ, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 506-519.
- EGGER, J., WILSON, J., CARTER, C. M., TURNER, M. W. & SOOTHILL, J. F. (1983). Is migraine food allergy? : a double-blind controlled trial of oligoantigenic diet treatment. *The Lancet*, 322(8355), 865-869
- ELLIS, A. (1974). *Disputing irrational beliefs (DIBS)*. New York : Institute for Rational Living.
- ERPELDING, M. L., BOINI, S., FAGOT-CAMPAGNA, A., MESBAH, M., CHWALOW, J., Penfornis, A. *et al.* (2009). Valeurs de référence de qualité de vie (DHP) chez les personnes diabétiques vivant en France – Entred 2001-2003. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 34, 368-371.
- ESPIE, C. A. (1994). *Le traitement psychologique de l'insomnie*. Liège : Mardaga.
- FALGER, P., HONIG, A., LOUSBERG, R., STRIK, J. J. & WOJCIECHOWSKI, F. L. (2000). The relationship between depressive and vital exhaustion symptomatology post-myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 359-365.
- FANGET, F. & ROUCHOUSE, B. (2007). *L'affirmation de soi : une méthode de thérapie*. Paris : Odile Jacob.
- FERRANDEZ, J. C. & SERIN, D. (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris : Masson.
- FISCHER-GHANASSIA, P. & GHANASSIA, E. (2010). *Endocrinologie nutrition*. Paris : Vernazobres-Grego.

- FOBAIR, P., STEWART, S., CHANG, S., D'ONOFRIO, C., BANKS, P. & BLOOM, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594.
- FOLIAPHARMACOTHÉRAPEUTICA, centre belge d'information pharmacothérapeutique (2000, 2001, 2002, 2007, 2010). <http://www.cbip.be>.
- FOUQUET, P. (1956). *Une thérapeutique de l'alcoolisme : essai de psychothérapie éducative*. Paris : Presses Universitaires de France.
- FREITAG F. G. (2007). The cycle of migraine : Patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clinical Therapeutics : The International Peer-Reviewed Journal of Drug Therapy*, 29(5), 939-949.
- GALLARDA, T. (2003). Stress, dépression et troubles cognitifs. In J.-M. THURIN & N. BAUMANN (Eds.), *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion.
- GALLOIS, P., VALLÉE, J. P. & LE NOC, Y. (2007). Migraines de l'adulte : reconnaître, traiter, accompagner. *Médecine*, 3(8), 364-368.
- GAMMETER, R. (2002). Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool. *Forum Med Suisse*, 23, 562-566.
- GATT, M. T. & BELIN, C. (2008). Migraines : points de vue d'un neurologue et d'un médecin de la douleur. *Revue Française de Psychosomatique*, 34, 87-96.
- GILBERT, D. (2007). *Stumbling on happiness*. New York : Vintage.
- GONZALES, A., MARTELLI, M. & BAKER, J. (2000). Psychological assessment of persons with chronic pain. *NeuroRehabilitation*, 14, 69-83.
- GOOLEY, J. J. (2008). Treatment of Circadian Rhythm Sleep Disorders with Light. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 37(8), 669-676.
- GORI, R. & DEL VOLGO M. I. (1991). Contribution de la psychopathologie clinique à une restitution de la fonction éthique de la maladie et du soin. *Cliniques Méditerranéennes*, (31/32), 7-49.
- GRAZZI, L. & ANDRASIK, F. (2010). Non-pharmacological approaches in migraine prophylaxis : Behaviouralmedicine. *Neurological Science*, 31(1), 133-135.
- GREGG, J. A., CALLAGHAN, G. M., HAYES, S. C. & GLENN-LAWSON, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values : A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343.
- GRIMALDI, A. & HARTEMANN-HEURTIER, A. (2001). Diabète de type II : quelle stratégie thérapeutique ? *La Presse Médicale*, 30, 288-297.

- GRIMALDI, A., JACQUEMINET, S., HEURTIER, A. & BOSQUET, F. (2005). *Guide pratique du diabète* (3^e ed.). Paris : Masson.
- GROSS, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- GROSSMAN, P., NIEMANN, L., SCHMIDT, S. & WALACH, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits-A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57, 35-44.
- GULLIKSSON, M., BURELL, G., VESSBY, B., LUNDIN, L., TOSS, H. *et al.* (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease : Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*, 171, 134.
- GUNREBEN-STEMPFLE, B., GRIESSINGER, N., LANG, E., MEUHLHANS, B., SITTL, R. & ULRICH, K. (2009). Effectiveness of an intensive multidisciplinary headache treatment program. *Headache*, 49, 990-1000.
- HACK, T. F., MCCLEMENT, S. E., CHOCHINOV, H. M., CANN, B. J., HASSARD, T. H., KRISTJANSON, L. J. & HARLOS, M. (2010). Learning from dying patients during their final days : Life reflections gleaned from dignity therapy. *Palliative Medicine*, 24(7), 715-723.
- HARPER, A. C., HARPER, D. A., LAMBERT, L. J., ANDREWS, H. B., LO, S. K., ROSS, F. M. & STRAKER, L. M. (1992). Symptoms of impairment, disability and handicap in low back pain : A taxonomy. *Pain*, 50(2), 189-195.
- HART, J. D. (1982). Failure to complete treatment for headache : A multiple regression analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 781-782.
- HAYES, S. C., STROSAHL, K. D. & WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : An experiential approach to behavior change*. New York : Guilford Press.
- HERNANDEZ-LOPEZ, M., LUCIANO, M. C., BRICKER, J. B., MONTESINOS, F. & ROALES-NIETO, J. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation : A Preliminary Study of Its Effectiveness in Comparison With Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behavior*, 23(4), 723-730.
- HETTEMA, J. E. & HENDRICKS, P. S. (2010). Motivational Interviewing for Smoking Cessation : A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 868-884.
- HILTON, A., CRAWFORD, J. & TARKO, M. (2000). Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*, 22(4), 438-459.

- HOLMES, T. H. & RAHE, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- HOLROYD, K. A. & PENZIEN, D. B. (1994). Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders 1: Overview and effectiveness behavioral medicine synthesis. *Behavioral Medicine*, 20(2), 53-63.
- HÔPITAL ERASME (ULB) (2005). *La coronarographie et l'angioplastie coronaire transluminale percutanée*. En ligne http://www.erasme.ulb.ac.be/files/files/cardio/cardio_20060725111837687_info_patient_coro_052005.pdf, consulté le 26 janvier 2012.
- HÔPITAL ERASME (ULB) (2009). *Les examens techniques en cardiologie*. En ligne <http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=16183&langue=FR>, consulté le 20 octobre 2011.
- HORGAN, O. & MCLACHLAN, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation : A review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 837-850.
- HORNE-THOMPSON, A. & GROCKE, D. (2008). The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *Journal of Palliative Medicine*, 11(4), 582-590.
- HOTOPE, M., CHIDGEY, J., ADDINGTON-HALL, J. & LAN LY, K. (2002). Depression in advanced disease : A systematic review. Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16(2), 81-97.
- HUGHES, J. R., HATSUKAMI, D. K., MITCHELL, J. E. & DAHLGREEN, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric out patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(8), 993-997.
- IERUSALIMSKY, R. & MOREIRA FILHO, P. F. (2002). Precipitating factors of migraine attacks in patients with migraine without aura. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60, 609-613.
- INSERM (2000). *Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle prévention ?* Expertise collective. Paris : INSERM.
- INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE (2009). Les enquêtes Entred : des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maîtriser le diabète. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 42-43, 449-472. En ligne http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf
- INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE. (2008). *Enquête de santé par interview*, Belgique. En ligne <http://www.if-ic.org/assets/sant-mentale.pdf>, consulté le 3 octobre 2011.

- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2011) *Agissons contre le diabète. Maintenant*. En ligne <http://www.idf.org/worlddiabetesday/agissons-contre-le-diabete-maintenant>.
- IRWIN, M. & STRAUSBAUGH, H. (1991). Stress and immune changes in humans : a bio-psycho-social model. In J. GROMAN & R. KERTZNER (Eds.), *Psychoimmunology update* (pp. 55-79). Washington : American Psychiatric Press.
- ISMAIL, K., WINKLEY, K. & RABE-HESKETH, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with Type 2 diabetes. *Lancet*, 363, 1589-1597.
- JACOBSON, E. (1987). Progressive Relaxation. *The American Journal of Psychology*, 100, 522-537.
- JADOULLE, V. (2006). Le déni comme angle d'approche psychosomatique en cardiologie et en oncologie. *Annales Médico Psychologiques* 164(2), 108-114.
- JENSEN, M. P. (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In R. J. GACHEL & D. C. TURKS (Eds), *Psychological approaches to pain management : A practitioner's handbook* (pp. 71-93). New York : Guilford Press.
- JORENBY, D. E., HAYS, J. T., RIGOTTI, N. A., AZOULAY, S., WATSKY, E. *et al.* (2006). Efficacy of varenicline, an alpha4Beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 296, 56-63.
- JURISIC, B. & MARUSIC, A. (2009) Suicidal Ideation and Behavior and Some Psychological Correlates in Physically Disabled Motor-Vehicle Accident Survivors. *Crisis*, 30(1), 34-38.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York : Delacourt.
- KABAT-ZINN (2012). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience. MBSR, la réduction du stress basée sur le mindfulness : programme complet en 8 semaines*. Paris : J'ai Lu.
- KANDEL, D. B. & DAVIES, M. (1996). High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53(1), 71-80.
- KELMAN, L. (2004). The premonitory symptoms (prodrome) : A tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache*, 44, 865-872.
- KELMAN, L. (2007). The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Headache*, 27, 394-402.

- KENDLER, K. S., NEALE, M. C., MACLEAN, C. J., HEATH, A. C., EAVES, L. J. & KESSLER, R. C. (1993). Smoking and major depression : a causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50(1), 36.
- KERR, J.H., HUK, G. (2001). The effects of low and high intensity exercise on emotions, stress and effort. *Psychology of Sport and Exercise*, 2 (2001), 173-186.
- KIRITZÉ-TOPOR, P. & BÉNARD, J. Y. (2001). *Le malade alcoolique*. Paris : Masson.
- KIRKCALDY, B. D., TRIMPOP, R. & COOPER, C. L. (1997). Working hours, job stress, work satisfaction, and accident rates among medical practitioners and allied personnel. *International Journal of Stress Management*, 4, 79-87.
- KNIGHT, K. M., MCGOWAN, L., DICKENS, C. & BUNDY, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care setting. *British Journal of Health Psychology*, 11(2), 319-332.
- KOKRAS, N., KOUZOUPIS, V. A., PAPARRIGOPOULOS, T., FERENTINOS, P., KARAMANAKOS, P., KONTOYANNIS, D. A. & PAPADIMITRIOU, G. N. (2011). Predicting insomnia in medical wards : the effect of anxiety, depression and admission diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 33, 78-81.
- KOLB, B. & WHISHAW, I. Q. (2002). *Cerveau et comportement*. Bruxelles : DE BOECK.
- KOSSOFF, E. & ANDERMANN, F. (2010). Migraine and Epilepsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 17(2), 117-122.
- KOUVONEN, A., KIVIMÄKI, M., VIRTANEN, M., PENTTI, J. & VAHTERA, J. (2005). Work stress, smoking status, and smoking intensity : an observational study of 46190 employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 63-69.
- KRISTOFFERZON, M. L., LÖFMARK, R. & CARLSSON, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 113-124.
- KRÖGER, C. B. & LOHMANN, B. (2007). *Tabakkonsum und \$référence à compléter\$*. Göttingen : Hogrefe.
- KÜBLER-ROSS, E. (1975). *Les derniers instants de la vie* (C. Jubert & E. Peyer, Trad.). Genève : Labor et Fides. (Œuvre originale publiée en 1969).
- LA LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER (2008). *Le cancer du côlon et du rectum. Carcinome colorectal*. Berne, Suisse.
- LACROIX, A. & ASSAL, J. P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Maloine.

- LAFUMA, A., FAGNANI, F. & VAUTRAVERS, P. (1998). Prise en charge et coût du lumbago en médecine générale. *Revue du Rhumatisme*, 65, 131-138.
- LALOUX, P. (2011). L'approche de la migraine en 2011. *Revue de Médecine Générale*, 285, 272-277.
- LANCASTER, T. & STEAD, L. (2005) *Individual behavioural counselling for smoking cessation* (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 2, 2005.
- LANDE, R. G. & GRAGNANI, C. (2010). Nonpharmacologic Approaches to the Management of Insomnia. *Journal of the American Osteopathic Association*, 110(12), 695-701.
- LANGER, E. J. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA : Addison & Wesley.
- LAROCHE, F. & MICK, G. (2008). *Les douleurs rhumatologiques en pratique quotidienne*. Montrouge, France : John Libbey Eurotext.
- LARSEN, M. L., PEDERSEN, S. S. & VAN DOMBURG, R. T. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following at first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 313-318.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- LEBLANC, M. (2006). *Histoire naturelle de l'insomnie et identification de facteurs de risque*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université Laval, Québec, Canada.
- LÉCALLIER, D. & MICHAUD, P. (2004). L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26(2), 129-134.
- LE FOLL, B. & GEORGE, T. P. (2007). Treatment of tobacco dependence : integrating recent progress into practice. *Canadian Medical Association Journal*, 177(11), 1373-1380.
- LEGRAND, M. (1993). *L'approche biographique*. Blois : Les Éditions de l'Epi.
- LEISTEDT, S., KEMPENAERS, C. & LINKOWSKI, P. (2007). Aspects cliniques et neurophysiologiques de l'insomnie psychophysiologique. *Revue médicale de Bruxelles*, 28, 11-20.
- LE POLAIN DE WAROUX, G. (2010). *La thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT) au sein d'un programme multidisciplinaire pour patients douloureux chroniques*. Document non publié, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.
- LEVINE, B. & GALLOGLY, V. (1985). *Group therapy with alcoholics : outpatient and inpatient approaches*. Beverly Hills : Sage.
- LÉVY-SOUSSAN, P. (2000). *Psychiatrie* (3e éd.). Bruxelles : Estem.

- LICHTENTHAL, W. G., NILSSON, M., ZHANG, B., TRICE, E. D., KISSANE, D. W., BREITBART, W. & PRIGERSON, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches ? *Psycho-Oncology*, 18, 50-61.
- LIEBENS, F. & AIMONT, M. (2001). *Newsletter de Sénologie : la prise en charge globale des femmes en cas de mammographie positive*. En ligne <http://www.support-cancer.org/doc/liebens/index.htm>, consulté le 24 octobre 2011.
- LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE. (2011). *La semaine du cœur : l'infarctus du myocarde*. En ligne http://www.cardiologischeliga.be/fr/pdf/cardio_week_2011/Semaine_2011_factsheet_FR.pdf, consulté le 1er novembre 2011.
- LINDEN, W., STOSSEL, C. & MAURICE, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease : a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156, 745.
- LINDSON, N., AVEYARD P. & HUGHES J. R. (2010). *Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit* (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 3, 2010. Art. No.: CD008033. doi : 10.1002/14651858.CD008033.pub2.
- LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : Guilford Press.
- LIPCHIK, G., SMITHERMAN, T., PENZIEN, D. & HOLROYD, K. (2006). Basic principles and techniques of cognitive-behavioral therapies for comorbid psychiatric symptoms among headache patients. *Headache*, 46(3), S119-S132.
- LLOYD-WILLIAMS, M., DENNIS, M. & TAYLOR, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 18(6), 558-563.
- LOEWENSTEIN, G. (2007). Affective regulation and affective forecasting. In J. J. GROSS (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 180-203). New York : Guilford Press.
- LUMIA, D. (2001). Les thérapies familiales psycho éducationnelles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 1(26), 146-154.
- LUSTMAN, P. J., GRIFFITH, L. S., FREEDLAND, K. E., KISSEL, S. S. & CLOUSE, R. E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 129(8), 613-621.

- MAGEN, E. & GROSS, J. J. (2010). The Cybernetic Process Model of Self Control. In R. H. HOYLE (Ed.), *Handbook of Personality and Self-Regulation* (pp. 353-374). Oxford : Wiley & Blackwell.
- MAIRIAUX, P. & MAZINA, D. (2007). *Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la lombalgie en médecine du travail*. Document non publié, Université de Liège, Liège, Belgique.
- MALET, L. (2007). Les stratégies psychothérapeutiques. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 443-448.
- MARCHETTI, E. (2007). Être psychologue dans un service hospitalier de cardiologie. *Le Journal des Psychologues*, 252, 35-38.
- MARCHETTI, E. (2012). Entre la réalité des atteintes somatiques et les réactions émotionnelles des patients : les théories subjectives comme base d'un accompagnement psychologique. L'exemple des personnes victimes d'un infarctus du myocarde. In P. BRUN (Ed.), *Du nouveau dans la psycho ?* (pp. 135-149). Nîmes, France : Champ Social Éditions.
- MARCHETTI, E., SPITZ, E., WEBERT, P., SCHLESSER, P. (2007, septembre). *Les théories étiologiques personnelles de patients coronariens en réadaptation cardiaque*. Communication présentée au Congrès de la Société Française de Psychologie, Nantes, France.
- MARCHETTI, E., TROGNON, A. & BATT, M. (2011, July 4-8). *Effectiveness of art-based interventions in addition to psychological support and psychotherapy for cardiac patients*. Poster presented at The 12th European Congress of Psychology, Istanbul.
- MARCUS, D. (2003). Chronic headache : the importance of trigger identification. *Headache Pain*, 14, 139-144.
- MARTIN, P. & MACLEOD, C. (2009). Behavioral management of headache triggers : Avoidance of triggers is an inadequate strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 483-495.
- MARTIN, P., FORSYTH, M. & REECE, J. (2007). Cognitive-behavioral Therapy Versus Temporal Pulse Amplitude Biofeedback Training for Recurrent Headache. *Behavior Therapy*, 38, 350-363.
- MARTIN, P.R. (2001). How do triggers factors acquire the capacity to precipitate headaches ? *Behaviour Research and Therapy*, 39, 545-554.
- MARTINS, R. & MCNEIL, D. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29, 283-293.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B. & LEITER, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- MIKOLAJCZAK, M. (2006). *The moderating effect of emotional intelligence on subjective and neuroendocrine responses to stress*. Thèse de doctorat non publiée, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.
- MASQUELIER, E. (2008). Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique. *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, 26, 62-67. En ligne : http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/EPES/EPES_2008_3.pdf.
- MASSEBOEUF, N. (2003a). *Alimentation du diabétique de type 2*. En ligne http://www.alfediam.org/membres/recommandations/alimentation_dt2.pdf
- MASSEBOEUF, N. (2003b). *Éducation diététique du diabétique de type 2*. En ligne http://www.alfediam.org/membres/recommandations/Education_dietetique.pdf
- MAZIGHI, M. (2004). Spécificités de l'AVC du diabétique : épidémiologie, particularités diagnostiques et évolutives. *Correspondances en neurologie vasculaire*, IV(1), 31-33.
- MCAULAY, V., DEARY, I. & FRIER, B. (2001) Symptoms of hypoglycaemia in people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 18, 690-705.
- MCCLEMENT, S., CHOCHINOV, H. M., HACK, T., HASSARD, T., KRISTJANSON, L. J. & HARLOS, M. (2007). Dignity therapy : Family member perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1076-1082.
- MCCRACKEN, L. M. & ECCLESTON, C. (2003). Coping or acceptance : what to do about chronic pain ? *Pain*, 105(1-2), 197-204.
- MCCURRY, S. M., LOGSDON, R.G., TERI, L. & VITIELLO, M.V. (2007). Evidence-Based Psychological Treatments for Insomnia in Older Adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18-27.
- MCGREGOR, B. & ANTONI, M. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer : a review of stress pathways and biological mediators. *Brain, behavior, and immunity*, 23(2), 159-166.
- MCILLMURRAY, M. B., THOMAS, C., FRANCIS, S., SOOTHILL, K. & AL-HAMAD, A. (2001). The psychosocial needs of cancer patients : findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 261-269.
- MCKAY, M., WOOD, J. C. & BRANTLEY, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland : New Harbinger Publications.
- MERCER, V. (2011). Chronic disease management. In W. T. O'DONOHUE & C. DRAPER (Eds), *Stepped care and e-health : Practical applications to behavioral disorders* (pp. 151-179). New York : Springer.

- MERNIER, S. (1998). *L'accompagnement des personnes en soins palliatifs : Tentative de mise en évidence de facteurs qui influencent la qualité des derniers instants de vie*. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- MERSKEY, H. (1986). Classification of chronic pain : Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the IASP, Subcommittee on Taxonomy. *Pain, Supplement 3*, 1-226.
- MIGNOTTE, H. (2011). *Maladies du sein : Pratique en gynécologie-obstétrique*. Paris : Elsevier Masson.
- MIKOLAJCZAK (2012). Approche empirique de la régulation des émotions. In M. MIKOLAJCZAK et M. DESSEILLES. *Traité de Régulation des Émotions*. Bruxelles : DeBoeck.
- MIKOLAJCZAK, M. & BELZUNG, C. (2012). Physiologie des émotions et de leur régulation. In M. MIKOLAJCZAK et M. DESSEILLES. *Traité de Régulation des Émotions*. Bruxelles : DeBoeck.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (1991). *Motivational interviewing : Preparing people for change*. New York : Guilford Press.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2002). *Motivational interviewing : preparing people for change* (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : Dunod.
- MOFFETT, A., SWASH, M. & SCOTT, D. F. (1972). Effect of tyramine in migraine : a double-blind study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 35(4), 496-499.
- MOREAU, S., PIA D'ORTHO, M. & BARUCH, D. (2010). *Guides des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie chez l'adulte*. Thèse de doctorat non publiée, Université Paris Diderot, Paris, France.
- MORGENSTERN, J., LANGENBUCHER, J., LABOUVIE, E. & MILLER, K. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorder in a clinical population : prevalence and relation to alcohol typology variables. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), 74-84.
- MORIN, C. M. (1993). *Insomnia : Psychological assessment and management*. New York : Guilford Press.
- MORIN, C. M. (2001). Vulnérabilité psychologique à l'insomnie. *Revue Neurologique*, 11, 5S67-5S70.
- MORIN, C. M. (2010). Chronic Insomnia : Recent Advances and Innovations in Treatment Developments and Dissemination. *Canadian Psychology*, 51(1), 31-39.

- MORIN, C. M., BOOTZIN, R., BUYSSE, D., EDINGER, J., ESPIE, C. *et al.* (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia : update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29, 1398-1414.
- MORIN, C. M., CULBERT, J. P. & SCHWARTZ, S. M. (1994). Non-pharmacological interventions for insomnia : a meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180.
- MORIN, C. M., VALLIÈRES, A., GUAY, B., IVERS, H., SAVARD, J., MÉRETTE, C., BASTIEN, C. & BAILLARGEON, L. (2009). Cognitive Behavioral Therapy, Singly and Combined With Medication, for Persistent Insomnia : A randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2005-2015.
- MULLER, E. (s.d.). *Douleurs liées à l'amputation : Définition, facteurs de risque et traitement*. En ligne <http://adepa-69.pagespersoorange.fr/Documents/douleursamputation.%20htm>, consulté le 22 octobre 2011.
- MURTAGH, D. R. & GREENWOOD, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia : a meta-analysis. *Journal of Clinical Consult Psychology*, 63, 79-89.
- NACE, E. P. & TINSLEY, J. A. (2007). *Patients with substance abuse problems : Effective identification, diagnosis, and treatment*. New York, London : W. W. Norton & Company.
- NEF, F. (2011). *Psychologie clinique : première master en psychologie clinique PSYM2513*. Syllabus, Université catholique de Louvain.
- NESTORIUC, Y., MARTIN, A., RIEF, W & ANDRASIK, F. (2008b). Biofeedback treatment for headache disorders : A comprehensive efficacy review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33, 125-140.
- NESTORIUC, Y., RIEF, W. & MARTIN, A. (2008a). Meta-analysis of biofeedback of tension-type headache : Efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 379-396.
- NIDES, M., ONCKEN, C., GONZALES, D., RENNARD, S., WATSKY, E. *et al.* (2006). Smoking cessation with varenicline, a selective α 4 β 2 nicotinic receptor partial agonist : results from a 7-week, randomized, placebo-and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1561.
- NIELENS, H., VAN ZUNDERT, J., MAIRIAUX, P., GAILLY, J., VAN DEN HECKE, N., MAZINA, D., CAMBERLIN, C., BARTHOLOMEEUSSSEN, S., DE GAUQUIER, K., PAULUS, D. & RAMAEKERS, D. (2006). *Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP)*. Bruxelles : Centre fédéral d'Expertise des soins de santé.

- NIEMLA, M., HAKKO, H. & RASANEN, S. (2010) A systematic narrative review of the studies on structured child-centered interventions for families with a parent with cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 451-461.
- NOGARET, J. M. (2010). *Le cancer du sein. Un regard optimiste vers l'avenir*. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. & MORROW, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- NORDMANN-DOLBEAULT, S. (2009). *La détresse des patients atteints de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et prise en charge*. Thèse de doctorat en neurosciences non publiée, Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris, France.
- O'BRIEN, E. M., CHELMINSKI, I., YOUNG, D., DALRYMPLE, K., HRABOSKY, J. & ZIMMERMAN, M. (2011). Severe insomnia is associated with more severe presentation and greater functional deficits in depression. *Journal of psychiatric research*, 45, 1101-1105.
- OCHSNER, K. N. & GROSS, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249.
- O'KELLY, J. & KOFFMAN, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21(3), 235-241.
- OFDT (2012). *La consommation de Tabac en France*. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabac/conso.html> \l «aff_rech», consulté le 23 décembre 2012.
- OGDEN, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : DeBoeck.
- OHAYON, M. M. (1996). Epidemiological study on insomnia in a general population. *Sleep*, 19, S7-S15.
- OLLAT, H. (2004). Physiopathologie de la migraine. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 24, 31-39.
- OMS (2011). *Le tabagisme*. <http://www.who.int/topics/tobacco/fr/index.html>, consulté le 9 novembre 2011.
- ONCKEN, C., GONZALES, D., NIDES, M., RENNARD, S., WATSKY, E. *et al.* (2006). Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1571.
- ONG, J. C., SHAPIRO, S. L. & MANBER, R. (2009). Mindfulness Meditation and Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia : A Naturalistic 12-Month Follow-up. *Explore*, 5, 30-36.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2011). *Aide-mémoire N°312 : Diabète*. En ligne <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html>, consulté le 18 octobre 2011.
- ORIHUELA FLORES, M. (2010). *Le trouble dépressif chez les patients éthyliques suivis dans une unité ambulatoire d'alcoologie*. Thèse de doctorat en médecine non publiée, Université de Genève, Lancy, Suisse.
- OSBORN, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents : A systematic review. *Psycho-Oncology*, 16, 101-126.
- OSLER, M. & PRESCOTT, E. (1998) Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation : a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control*, 7, 262-267.
- PANJARI, M., BELL, R. & DAVIS, S. (2011). *Sexual function after breast cancer*. *Journal of sexual medicine*, 8, 294-302.
- PANZUTO, F., CHIRIATTI, A., BEVILACQUA, S., GIOVANNETTI, P., RUSSO, G., IMPINNA, S. *et al.* (2003). Symptom-based approach to colorectal cancer : Survey of primary care physicians in Italy. *Digestive and Liver Disease*, 35, 869-875.
- PENLEY, J. A., TOMAKA, J. & WIEBE, J. S. (2002). The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes : A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- PENZIEN, D. B., ANDRASIK, F., FREIDENBERG, B. M., HOULE, T. T., LAKE, A. E., LIPCHIK, G. L., HOLROYD, K. A., LIPTON, R. B., MCCRORY, D. C., NASH, J. M., NICHOLSON, R. A., POWERS, S. W., RAINS, J. C. & WITTRICK, D. A. (2005). Guidelines for Trials of Behavioral Treatments for Recurrent Headache, First Edition. *Headache*, 45(2), S110-S132.
- PERKINS, K. A., GROBE, J. E., FONTE, C. & BREUS, M. (1992). « Paradoxical » effects of smoking on subjective stress versus cardiovascular arousal in males and females. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 42, 301-311.
- PERNEY, P., RIGOLE, H. & BLANC, F. (2008). Alcoolodépendance : diagnostic et traitement. *La Revue de Médecine Interne*, 29, 297-304. doi : 10.1016/j.revmed.2007.09.026.
- PETERSEN, Y. & KOEHLER, L. (2006). Application of attachment theory for psychological support in palliative medicine during the terminal phase. *Gerontology*, 52(2), 111-123.
- PEYROT, M. & RUBIN, R. R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes : A conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440.

- PHANEUF, M. (2005). *Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux*. En ligne [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Mecanismes_de_defense_et_cancer%5b1 %5d.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Mecanismes_de_defense_et_cancer%5b1%5d.pdf), consulté le 26 octobre 2011.
- PHILIPPIN, Y. (2009). Thérapie cognitive comportementale en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 24(1), 11-26.
- PHILIPPOT, P. (2007). *Émotions et psychothérapie*. Wavre : Éditions Mardaga.
- PHILIPPOT, P. & NEF, F. (2010). *Psychologie Clinique : Cognitions et métacognitions en psychothérapie*, PSYM 2513. Document non publié, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.
- PIAZZA, P. V. & LE MOAL, M. (1996). Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse : role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 36, 359-378.
- PLANCHON, C. (2004). L'art-thérapie en cancérologie. *Revue Francophone Psycho-Oncologie*, 3(1), 33-38.
- POINTILLART, V. (2008). *Abord clinique des Affections du rachis par le chirurgien*. Paris : Springer.
- POIRIER, N. (2007). *Diabète de type 1 : thérapie familiale et de groupe vers l'approche intégratrice*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université du Québec, Montréal.
- PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-287.
- PRONOVOST, J. (2010). *Faire Face : Un Programme de développement des habiletés de coping pour adolescents*. Document non publié, Université du Québec, Trois-Rivières.
- PUDU, M. & TAFFOREAU J. (2006). *Cancer colorectal. État des connaissances et données disponibles pour le développement d'un politique de santé en Belgique*. Bruxelles : Institut scientifique de santé publique.
- QUENNEAU, P. & OSTERMANN, G. (1998). *Écouter, croire, prendre soin*. Paris : Odile Jacob.
- RAINS, J., PENZIEN, D., MCCRORY, D. & GRAY, R. (2005). Behavioral Headache Treatment : History, Review of the Empirical Literature, and Methodological Critique. *Headache*, 45(2), S92-S109.
- RASMUSSEN, B. K. (1993). Migraine and tension-type headache in a général population : precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain*, 53, 65-72.

- RAW, M., REGAN, S., RIGOTTI, N. A. & MCNEIL, A. (2009). A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 31 countries. *Addiction*, 104, 1243-1250.
- RAZAVI, D. & DELVAUX, N. (2002). *Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille* (2^e éd.). Paris : Masson.
- RAZAVI, D. & DELVAUX, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- READ, J. P., KAHLER, C. W. & STEVENSON, J. F. (2001). Bridging the gap between alcoholism treatment research and practice : Identifying what works and why. *Professional Psychology : Research and Practice*, 3(3), 227-238.
- REGISTRE NATIONAL BELGE DU CANCER (2008). *Cancer incidence in Belgium*. En ligne http://kankerregister.nettools.be/media/docs/StK_publicatie.pdf, consulté le 18 octobre 2011.
- RÉMOND, C. (2006). *Traumatologie, orthopédie, rhumatologie, et soins infirmiers*. Paris : Lamarre.
- REYNARD, M. (2006). *Traité d'Addictologie*. Paris : Flammarion
- RICHA, S., KAZOUR, F. & BADDOURA, C. (2006). Comorbidité des troubles anxieux avec l'alcoolisme. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 427-430.
- RIEDER, C. (2009). « Vous n'avez rien, c'est dans la tête... » ou comment contribuer à faire évoluer la sensation de douleur chronique ? *Revue Médicale Suisse*, 5, 1375-1378. En ligne : http://rms.medhyg.ch/article_p.php?ID_ARTICLE=RMS_208_1375, consulté le 23 octobre 2011.
- RODIN, G., WALSH, A., ZIMMERMANN, C., GAGLIESE, L., JONES, J., SHEPHERD, F. A., MOORE, M., BRAUN, M., DONNER, A. & MIKULINCER, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 1080-1091.
- ROGERS, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95-103.
- ROSOMOFF, R. S. (1992). Back school programs. The pain patient. *Occupational Medicine*, 7(1), 93-103.
- ROSSIER, V., ZIMMERMANN, G. & BESSON, J. (2009). La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies*, 29(2), 91-99.

- ROULLET, S., NOUETTE-GAULAIN, K., BROCHET, B. & SZTARK, F. (2009). Douleurs du membre fantôme : de la physiopathologie à la prévention. *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation*, 28(5), 460-472.
- ROUSSAUX, J. P., FAORO-KREIT, B. & HERS, D. (1996). *L'alcoolique en famille : dimensions familiales des alcooliques et implications thérapeutiques*. Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- RUSZNIEWSKI, M. (1995). *Face à la maladie grave*. Paris : Dunod.
- SALKOVSKIS, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic : A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- SANTOS-EGGIMANN, B. (2006). Cardiovascular diseases : A target for prevention to thwart the effects of population aging. *Revue Médicale Suisse*, (56), 31126.
- SARSOUR, K., MORIN, C. M., FOLEY, K., KALSEKAR, A. & WALSH, J. K. (2010). Association of insomnia severity and comorbid medical and psychiatric disorders in a health plan-based sample : Insomnia severity and comorbidities. *Sleep medicine*, 11, 69-74.
- SAURO, K. M. & BECKER, W. J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache : The Journal of Head and Face Pain*, 49(9), 1378-1386.
- SCAILLET, N. (2008) Approche pluridisciplinaire de la douleur chronique. *Éducation du patient et Enjeux de la santé*, 26(3), 72-75.
- SCHLESINGER, L. (1996). Chronic pain, intimacy, and sexuality : A qualitative study of women who live with pain. *The Journal of Sex Research*, 3, 249-256.
- SCHMID-BÜCHI, S., HALFENS, R., DASSEN, T. & VAN DEN BORNE, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2895-2909.
- SCHMITT, F., PIHA, J. & HELENIUS, H. (2008). Multinational Study of cancer patients and their children : factors associated with family functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5877-5883.
- SCHOENDORFF, B. (2009). *Faire face à la souffrance : choisir la vie plutôt que la lutte avec la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement*. Paris : Éditions Retz.
- SCHOENDORFF, B., GRAND, J. & BOLDUC, M. F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. Bruxelles : De Boeck.
- SCHULTZ, H. (1958). *Le training autogène*. Paris : Presses Universitaires de France.

- SCOTT, J. T. & THOMPSON, D. R. (2003) Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients : a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 50, 167-177.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G. & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : A new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press.
- SELIGMAN, M. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407-412.
- SELYE, H. (1975). Le stress de la vie [original publication : *The Stress of Life*, 1956] (2^e éd.). Paris : Gallimard.
- SENDE, J. (2009). *Guide pratique de l'ECG* (2e éd.). Paris : ESTEM.
- SERVANT, D. (2009). *La relaxation : Nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Paris : Masson.
- SHNEIDMAN, E. (1987). Some aspects of psychotherapy with dying persons. In C. A. GARFIELD (Ed.), *Psychosocial care of the dying patient* (pp. 201-218). New York : Mc Graw-Hill.
- SILAGY, C., LANCASTER, T., STEAD, L., MANT, D. & FOWLER, G. (2002). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation* (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 2, 2002.
- SILBERSTEIN, S. (2004). Migraine pathophysiology and its clinical implications. *Cephalalgia*, 2(2), 2-7.
- SINGER R.N., HAUSENBLAS H.A., JANELLE C.M. (2001). *Handbook of sport psychology*. Second Edition. Toronto : John Wiley & Sons.
- SINGH, R., HUNTER, H. & ALISTAIR, P. (2007). The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 21, 754-759.
- SINHA, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse ? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- SKOVLUND, S. E. (2004). Attitudes, souhaits et besoins face au diabète. *Diabetes Voice*, 49, 4-11.
- SLADE, S. C., MOLLOY, E. & KEATING, J. L. (2009). « Listen to me, tell me » : a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain ? *Clinical Rehabilitation*, 23(3), 270-280.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE [SFC] (2007). *Cardiologie et maladies cardio-vasculaire*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- SPIELMAN, A. J. & GLOVINSKY, P. (1991). The varied nature of insomnia. In P. HAURI (Ed.), *Cases studies in insomnia* (pp. 1-15). New York : Plenum Press.
- SPIELMAN, A., SASKIN, P. & THORPY, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45-56.

- SPIJKERMAN, T. A., VAN DEN BRINK, R. H. S., JANSEN, J. H. C., HARRY J. G. M. CRIJNS, H. J. G. M. & ORMEL, J. (2005). Who is at risk of post-MI depressive symptoms ? *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 425-432.
- STARK, D. P. & HOUSE, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267.
- STEINBERG, M. L., ZIEDONIS D. M., KRECJI, J. A. & BRANDON, T. H. (2004). Motivational Interviewing With Personalized Feedback : A Brief Intervention for Motivating Smokers With Schizophrenia to Seek Treatment for Tobacco Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 723-728.
- STROEBE, M. & SCHUT, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement : Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- SULMON, A. (2003). *Personality factors predictive of the response to relaxation*. Unpublished Master thesis, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgium.
- SULTAN, S. (2003). Comprendre les comportements de soin des adultes atteints de diabète insulino-dépendant : rôle conflictuel de la conscience de soi. *Pratiques psychologiques*, 4, 75-86.
- SULTAN, S. (2010). Autorégulation et maladie chronique. *Psychologie Québec*, 3, 22-25.
- SULTAN, S., ATTALI, C., GILBERG, S., ZENASNI, F. & HARTEMANN, A. (2011). Physician's understanding of patients' personal representations of their diabetes : Accuracy and association with self-care. *Psychology and Health*, 26, 101-117.
- SULTAN, S., HARTEMANN-HEURTIER, A. & GRIMALDI, A. (2003). Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie qui commence avant son début. *Diabetes & Metabolism*, 29, 3S21-3S30.
- SUPIOT, F. (2009). La migraine en 2009 : de la crise au traitement. *Revue Médicale de Bruxelles*, 30, 399-403.
- SURUGUE, P. & LECOURT E. (2008). Groupes de parole et cancers du sein : une expérience de sept ans. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(50), 175-184.
- TANG, N., SALKOVSKIS, P., HODGES, A., SOONG, E., HANNA, M. & HESTER, J. (2009). Chronic pain syndrome associated with health anxiety : A qualitative thematic comparison between pain patients with high and low health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 1-20.

- TAQUET, A. (2005). Les enfants des patientes atteintes d'un cancer du sein : expérience à l'Institut Bordet. *Revue Francophone Psycho-Oncologie*, 4(2), 96-101.
- TATE, S., MCQUAID, J., SHRIVER, C., KRENEK, M., WU, J., CUMMINS, K. & BROWN, S. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression : Role of life stress and self efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 47-57.
- TAYLOR, D. J. & ROANE, B. M. (2010). Treatment of Insomnia in Adults and Children : A practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1137-1147.
- THASTUM, M., WATSON, M., KIENBACHER, C. & PIHA, J. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer. *Cancer*, 115, 4030-4039.
- THIBODEAU, K. (2011). *La détresse psychosociale : dépistage, évaluation et interventions interdisciplinaires*. En ligne <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Document.aspx?id=693&lang=FR>, consulté le 25 octobre 2011.
- THOMBS, B. D., BOSS, E. B., FORD, D. E., STEWART, K. J., TSILIDIS, K. K., PATEH, U., FAUERBACTI, J. A., BUSH, D. E. & ZIEGELSTEI, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction : Review of the evidence. *Journal of General Internal Medicine* 21, 30-38.
- THOMPSON, D. R. & LEWIN, R. J. P. (2000). *Management of the post-myocardial infarction patient : rehabilitation and cardiac neurosis*. Heart, 84, 101-105. En ligne <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1729391/pdf/v084p00101.pdf>, consulté le 3 octobre 2011.
- THOMPSON, D., CHAIR, S., CHAN, S., ASTIN, F., DAVIDSON, P. & SKI, C. (2011). Motivational interviewing : A useful approach to improving cardiovascular health ? *Journal of Clinic Nursing*, 20, 1236-1244.
- THURIN, J.-M. & BAUMANN, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion.
- TURK, D. C. (2002). A cognitive behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. In R. J. GATCHEL & D. C. TURKS (Eds), *Psychological approaches to pain management : A practioner's handbook* (pp. 138-158). New York : Guilford Press.
- TURK D. C. & MONARCH E. S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In D. C. TURK & R. J. GATCHEL (Eds.). *Psychological approaches to pain management : A practitioner's handbook* (pp. 1-29). New York : Guilford Press.
- UNITÉ DE JOUR DE DIABÈTE DE L'HÔTEL-DIEU DU CHUM. (2009). *Connaître son diabète... pour mieux vivre*. Montréal : Éditions Rodgers Media.

- UNITÉ MOBILE DE COORDINATION ADULTES DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR) DU BASSIN DE SAINT-ÉTIENNE (octobre 2008). *Filière amputés*. Saint-Étienne : CHU Hôpital Nord. En ligne : [http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/8F73746E57412548C12576570062F767/\\$FILE/fiche_amputes.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/8F73746E57412548C12576570062F767/$FILE/fiche_amputes.pdf).
- UNWIN, J., LACPEREK, L. & CLARKE, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 23(11), 1044-1050.
- VACHONFRANCE, G. (2006). Psychanalyse et addiction. In M. REYNAUD (Ed.), *Traité d'addictologie* (pp. 380-386). Paris : Flammarion.
- VALAT, J. P., GOUPILLE, P. & VÉDÈRE, V. (2004). *Lombalgies et sciatique*. Paris : Doin Éditions.
- VALLIÈRES, A., GUAY, B. & MORIN, C. (2004). L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. *Le Médecin du Québec*, 39(10), 86-96.
- VAN VELZEN, J. M., VAN BENNEKOM, C., POLOMSKI, W., SLOOTMAN, J. R, VAN DER WOUDE, L. H. & HOUDIJK, H. (2006). Physical capacity and walking ability after lower limb amputation : a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20, 999-1016.
- VARESCON, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie*. Paris : Belin.
- VLAEYEN, J. W. S., KOLE-SNIJDERS, A. M. J., BOEREN, R. G. B., RUESINK, R. & VAN EEK, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back problem and its relation to behavioural performance. *Pain*, 62, 363-372.
- VULGARIS-MÉDICAL (2012). *Antalgique : Définition*. En ligne <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedia/antalgique-480.html>, consulté le 14 février 2012.
- VYAS, A., PILLAI, A. G. & CHATTARJI, S. (2004). Recovery after chronic stress fails to reverse amygdaloid neuronal hypertrophy and enhanced anxiety-like behavior. *Neuroscience*, 128, 667-673.
- WHITEHEAD, D. L., STRIKE, P., PERKINS-PORRAS, L. & STEPTOE, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-1516.
- WILSON, C. & OTTO, S. (1982). *La femme moderne et l'alcool*. Wavre : Mardaga.
- WILSON, K. G., CHOCHINOV, H. M., GRAHAM SKIRKO, M., ALLARD, P., CHARY, S., GAGNON, P. R., MACMILLAN, K., DE LUCA, M., O'SHEA, F., KUHL, D., FAINSINGER, R. L. & CLINCH, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129.

- ZECH, E. (2006). *Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Sprimont : Mardaga.
- ZECH, E. (2008). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? Une synthèse des évaluations critiques réalisées 50 ans après l'article de Carl Rogers publié en 1957. *Approche Centrée sur la Personne*, 2(8), 31-49.
- ZISAPEL, N. (2001). Circadian Rhythm Sleep Disorders : Pathophysiology and Potential Approaches to Management. *CNS Drugs*, 15(4), 311-328.

Index des notions

A

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) 18

approche

- de groupe 236
- psychoéducative 123
- rogérienne 96
- systémique 187
- thérapeutique 229

B

biofeedback 18

C

contrôle par le stimulus (CS)
33, 38

D

déni 112, 162

deuil 231

Dialectical Behavior Therapy (DBT) 18

E

entretien motivationnel 53

F

flèche descendante 35

H

historicisation 169

I

image corporelle

- 91
- de soi 92
- du corps 91

K

kinésiophobie 49

M

mécanismes de défense 170

mindfulness 18

modèle biopsychosocial 5

- de la régulation
émotionnelle 9
- transthéorique
du changement 140

P

pacing 61

pensées automatiques 56
 psychanalytique 168, 188
 psychoéducation 163

R

reconstruction identitaire 169
 régulation des émotions 192
 relaxation 19
 restriction
 – du sommeil (rs) 38
 – du temps de sommeil 32
 restructuration cognitive 35

S

schémas 57
 stress 3

T

techniques
 – cognitives 56
 – comportementales 60
 thérapie
 – cognitivo-comportementale 79
 – de couple 97
 – de groupe 121
 – de l'acceptation et de l'engagement 190
 – de la dignité 250
 – systémique 99
 thérapies cognitives et comportementales (TCC) 37
 training autogène 35
 troisième vague 18

