

E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne
41100 NAVEIL**

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@wanadoo.fr

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

En cette fin d'année 2007, l'association vous souhaite à vous tous de très bons moments en famille et un maximum de plaisirs à partager et à communiquer : source de toutes relations humaines.

Cette année, une fois de plus, vous avez été très nombreux à vous connecter sur notre site et le taux de fréquentation a augmenté d'environ de 25 % et le nombre de téléchargement en bulletin Info atteint 11500 exemplaires.

Grâce à vos apports en articles, en témoignages et participations à nos réunions, l'association répond depuis toujours à ses objectifs de base : le partage de la connaissance dans le domaine médical et paramédical. Merci.

Si vous êtes membres du corps de santé, bénévoles et personnes intéressées par l'entraide médicale et

paramédicale et **vous aimeriez que l'association développe un thème, alors nous sommes à votre écoute.**

Vos témoignages peuvent être diffusés. Merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Le Président,
Docteur Pierre BULLE

« Sois ce que tu ressens ! »

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info N° 41 Décembre 2007

Dans ce numéro :

Couple : Au secours, il m'énerve !	2
---	----------

La fibromyalgie en 2007 devant l'Académie de médecine	4
--	----------

Les thérapies comportementales et cognitives	6
---	----------

Les prochaines	12
-----------------------	-----------

Les membres du bureau	13
------------------------------	-----------

Numéros disponibles et à paraître	15
--	-----------

Au fil du temps, c'est à peu près la même chose dans tous les couples: on s'agace mutuellement. Des petits riens qui peuvent, si l'on n'y prend pas garde, dégénérer. La solution? On se pose, on réfléchit et on agit pour retrouver sa sérénité.

Non mais c'est pas possible ça, tu as encore mis de l'eau partout dans la salle de bains! », «Oh, bon, ça va, ce n'est pas la fin du monde», «Non, ça va pas, tu te crois vraiment tout permis! » Vous avez le sang qui monte à la tête, votre soirée est gâchée. Quand on vit en couple, les motifs d'agacement ne manquent pas. Même quand le quotidien ronronne. Et ils sont encore plus nombreux en cas d'événement. «Après la naissance d'Hugo, ça a été terrible, se souvient Elodie. Mon mari était de bonne volonté, mais il s'y prenait tellement mal, ça me faisait bouillir! » Pour Nadia, c'est le chômage de son compagnon qui a été particulièrement éprouvant : «Déjà avant, il m'agaçait, mais alors là, il était tout le temps dans mes pattes, je ne le supportais plus. » Dans ces cas-là, on essaie de prendre sur soi et, la plupart du temps, ça passe. Mais parfois les tensions s'accumulant, on s'énerve chaque jour un peu plus.

Alors, comment ménager vos nerfs (sur le moment) et votre bonne humeur (à long terme) ? En adoptant les bons réflexes pour désamorcer : ce sont quelques règles élémentaires à respecter.

On se remet en cause

Vous étiez charmante, facile à vivre, et puis, au fil des mois et des années, votre bonne humeur s'est émoussée. Tout ce qu'il fait, ou ne fait pas, vous énerve prodigieusement. Vous ne supportez même plus, parfois, de le voir tourner benoîtement sa cuillère dans son café. En fait, vous « sur-réagissez » et avez de plus en plus l'impression de virer à l'horrible mégère. Etes-vous trop perfectionniste (il n'y a qu'une bonne manière de procéder: la vôtre) ? Trop exigeante (rien ne vous satisfait) ? .. Quoi qu'il en soit, vous devez d'abord prendre le temps de faire votre autocritique. Ensuite, efforcez-vous d'être positive pour avancer. Chaque fois que vous êtes agacée, demandez-vous «qu'est-ce que je peux faire? » au lieu de critiquer (« il est vraiment insupportable »), d'accuser (« c'est de sa faute »), ou de regretter

(« c'était mieux avant »).

On garde du temps pour soi

Quand on vit ensemble, on a a priori nombre de désirs et d'aspirations communes. Mais les priorités, les exigences, ne sont pas toujours en phase: vous n'avez pas forcément les mêmes envies aux mêmes moments. Il peut désirer un câlin alors que vous n'avez qu'une hâte, retrouver votre bouquin. Vous avez envie de sortir alors qu'il ne rêve que de pantoufler devant la télé. Ou l'inverse, peu importe. Mais n'avez-vous pas tendance, quand vos désirs ne collent pas, à donner la priorité aux siens? Une erreur que commettent souvent les femmes. Et c'est en fait le meilleur moyen d'accumuler les petites frustrations. Ensuite, le moindre incident vous met hors de vous. Même (surtout) quand on partage tout, il faut garder un minimum de temps pour soi. Alors n'hésitez pas à vous offrir le cours de danse orientale ou d'aquarelle dont vous avez envie.

En vous sentant davantage en harmonie avec vous-même, vous céderez moins souvent à l'énervement.

On ne cherche pas la petite bête

Bien souvent, l'agacement résulte d'une interprétation personnelle d'une situation: «S'il fait ou dit ça, ça veut dire que ... » Vous lui demandez de descendre les poubelles alors qu'il est déjà occupé. Forcément, il grogne (plus il est concentré, plus il râle). Vous concluez qu'il se défile et, énervée, vous les descendez vous-même. En réalité, si votre homme ronchonne, c'est que, comme beaucoup d'entre nous, il n'aime pas devoir interrompre ce qu'il est en train de faire. Cela ne signifie pas qu'il ne veut pas vous rendre service.

Bien au contraire, c'est plutôt bon signe: «

靈氣

Elisabeth d'Arcangues
Maître en Reiki
Acupuncture Traditionnelle
Fleurs de Bach
E M F

17, chemin du Rin de la Forêt
41190 CHAMBON sur CISSE
Tel : 02 54 70 10 67 & 06 62 09 68 62

Oui, je t'ai entendue, je finis ça et je m'en occupe. » Alors, ne cherchez pas à tout comprendre, à tout expliquer (allez au plus simple), ne passez pas votre temps à interpréter paroles et gestes de l'autre ou à lui faire des procès d'intention (évidemment, votre compagnon doit s'y efforcer aussi) : plus de sérénité s'établira entre vous.

On laisse l'autre « libre de ... »

Souvent, sûr(e) de son droit ou de ses convictions, on tente d'imposer (plus ou moins consciemment) à l'autre sa manière de voir. Résultat: l'autre se "braque et ça vire au conflit ouvert. Ou il cède,

« Tout dépend de ma motivation première et profonde qui engendra la cohésion, l'entente et l'harmonie ».

Rodolf-Karel CANOY

ou mais un jour il cherche à prendre (là aussi plus ou moins consciemment) sa revanche. On appelle cela le « principe de réactance » : plus on empêche quelqu'un d'agir comme bon lui semble, plus il fait le contraire de ce qui lui est demandé. Exemple: vous harcelez votre chéri pour qu'il arrête de fumer. Même si, au départ, il trouve que l'idée est plutôt bonne (c'est mieux pour sa forme, son haleine, ses érections ...), plus vous insistez, plus il se braque. Ainsi, de nombreuses expériences ont montré qu'on obtient toujours plus de quelqu'un en lui disant « tu es libre de ... » ou « tu fais comme tu veux », « c'est toi qui vois », etc. : le taux de réussite est multiplié par trois.

On s'accorde (l'un l'autre) le droit à la mauvaise humeur

Elle pleure encore! », il vous lance en rentrant. Non, la petite dernière ne pleure pas « encore », elle fait ses dents et en plus elle réclame le biberon que vous êtes en train de lui préparer. C'est injuste et ça vous énerve: « Il me dit quoi là, que je ne suis pas une bonne mère? » Un regard, une réflexion, un reproche qui nous semblent déplacés, injustifiés, et on se sent vite visé(e). On n'imagine pas un seul instant que l'autre a ses propres états d'âme, qu'il rencontre peut-être des

problèmes au travail, qu'il est à cran, etc. Mais quand on accorde à l'autre (et qu'il vous accorde à vous) le droit à la mauvaise humeur, aux petits « dérapages », la moindre phrase ne se transforme pas en attaque personnelle et on ne se sent pas mis(e) en cause.

Du coup, on reste émotionnellement distant(e) et on est moins agacé(e) par les attitudes ou les réflexions de son conjoint.

Ce qu'il faut savoir sur l'agacement dans le couple

* C'est fréquent. Près de 40 % des couples avouent être confrontés à des problèmes d'agacement relationnels, plus ou moins graves. Et dans plus de 30 % des cas, l'un des conjoints au moins pense, ou a pensé, sérieusement à la séparation.

* C'est plutôt normal et même sain.

Cela prouve que chacun a sa personnalité et fait ce qu'il peut pour s'entendre avec l'autre afin de construire et avancer. D'ailleurs, si l'autre ne vous énerve jamais, c'est peut-être qu'il vous est indifférent. Une non-relation donc.

* La vie commune y est propice. Les contraintes du quotidien multiplient bien sûr les occasions d'être agacé(e). Quand on ne se voit que de temps en temps, ça se passe forcément mieux. C'est un peu comme les pères qui ne s'occupent de leurs enfants que le week-end: en général, les relations sont plus cool.

* L'arrivée du premier enfant n'arrange rien. C'est un nouvel équilibre à trois qui doit être mis en place. Et après les premiers jours d'émerveillement, ça ne se passe pas sans quelques grincements de nerfs, car on découvre en soi et chez l'autre ce qu'on n'avait pas vu auparavant.

* L'idéal ? Savoir lâcher du lest. Même quand on n'a pas tort, mieux vaut calmer le jeu en disant par exemple: « Tu sais, au fond, je m'en fiche, tu as peut-être raison », au lieu de chercher à avoir le dernier mot au nom de l'expérience ou du simple bon sens. La plupart des problèmes qu'on peut avoir les uns avec les autres se règlent

Gilles D'AMBRA

A la demande du ministre de la Santé et des Solidarités, l'Académie nationale de médecine s'est penchée sur le problème de la fibromyalgie en prenant en compte les données historiques, épidémiologiques, cliniques, psychiatriques, nosologiques ainsi que l'étude des comorbidités, des hypothèses physiopathologiques et des perspectives thérapeutiques. Les conclusions synthétiques de ce rapport ont donné lieu à l'énoncé de recommandations exposant la position de l'Académie nationale de médecine.

Les états douloureux chroniques ont été bien étudiés depuis le XIX^e siècle. Ces états étaient considérés en France, à la suite des travaux de J. M. Charcot et de son école, comme relevant de troubles fonctionnels et, jusqu'à la fin des années 1970, ils étaient répertoriés comme troubles psychosomatiques, sans avoir fait l'objet d'études ni de recherches, notables.

Depuis 1977, ils sont pour la plupart regroupés sous le nom de fibromyalgie ou de syndrome fibromyalgique, seules dénominations actuellement retenues sur le plan international. La fibromyalgie figure dans la classification internationale des maladies (CIM) et dans celle de l'OMS à la fois au titre des maladies de l'appareil locomoteur et au titre des affections psychiatriques.

« La détresse d'autrui est compréhensible, louable, justifiée, entendable, humaine, affective mais ne doit pas être une manipulation, une excuse, un prétexte, un chantage et une duperie ».

Rodolf-Karel CANOY

La mise au point des critères de classification a ouvert la voie à un très grand nombre de publications et a permis d'identifier les patients à partir de données de l'interrogatoire et de la mise en évidence de points de douleurs à la pression. « Ce syndrome ne correspond pas à une maladie, mais il doit être évoqué sans polémique sur sa nature, pour éviter les examens et les traitements inutiles. Il ne peut être reconnu qu'après avoir éliminé des pathologies organiques avec lesquels il peut être

confondu ou associé. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'effectuer des tests d'inflammation, une recherche de diabète, un dosage de la calcémie et de la phosphorémie, une sérologie rhumatoïde, une recherche d'anticorps antinucléaires, un dosage des transaminases, des hormones thyroïdiennes et des enzymes musculaires », analysent les Professeurs Charles Joël MENKES et Pierre GODEAU, rapporteurs du groupe d'experts. « Les patients, dont l'approche est souvent complexe et la prise en charge difficile, ne doivent pas être rejetés, mais au contraire pris en charge de façon individualisée et le plus souvent pluridisciplinaire (rhumatologue, psychiatre, rééducateur. . .). Il n'existe pas de profil psychologique spécifique ni de preuve permettant de rapporter ce syndrome à une origine uniquement psychogène. Les problèmes psychiatriques sont certes constants, associant des éléments dépressifs et anxieux, mais ils ne sauraient à eux seuls résumer ce syndrome, même s'ils doivent toujours être pris en charge. »

Les troubles fonctionnels ne correspondent à aucune anomalie objective des structures de l'appareil locomoteur. Ils ne peuvent, être responsables d'un handicap définitif ni de lésions fixées. Le diagnostic de fibromyalgie n'implique donc pas par lui-même une mise en invalidité ni les avantages d'un statut d'affection de longue durée.

Des comorbidités.

Les comorbidités avec d'autres symptômes médicalement inexplicables tels que la colopathie fonctionnelle, le syndrome de fatigue chronique, les cystalgies à urine claire doivent également être pris en considération.

La douleur de la fibromyalgie est habituellement attribuée à une diminution du seuil de sensibilité douloureuse, dont l'origine centrale a été évoquée, en raison notamment de la mise en évidence d'anomalies de l'imagerie fonctionnelle cérébrale.

Une prise en charge personnalisée peut permettre d'obtenir des résultats significatifs. Elle peut associer des traitements médicamenteux - antalgiques (tramadol), antidépresseurs (amitriptyline, Irss, milnacipran), antiépileptiques ou agoniste de la dopamine - et des thérapeutiques non médicamenteuses (thérapie cognitivo-comportementale, exercices aérobie en milieu aquatique, étirements musculaires ...).

Les rapporteurs ont conclu que des recherches sont encore indispensables dans le domaine de l'appréciation de l'effet de la rééducation, pour une meilleure reconnaissance des formes de l'enfant et de l'homme, ainsi qu'à visée génétique pour mieux comprendre les formes familiales de la maladie.

Les critères diagnostiques :

L'American College of Rheumatology a publié en 1990 des critères de classification permettant l'étude de groupes de malades aussi homogènes que possible, en vue principalement des recherches physiopathologiques et thérapeutiques. En se référant à ce

« le domaine médical et paramédical font qu'un tout comme l'être dans sa globalité même si autrui pense le contraire car ce dernier n'en est pas même convaincu »

Rodolf-Karel CANOY travail.l'existence d'une fibromyalgie doit être admise lorsque existent conjointement deux critères :

* 1. Une douleur diffuse définie comme étant une douleur d'un côté du corps (droite ou gauche), une douleur au-dessus ou au-dessous de la ceinture, avec, en outre, des douleurs squelettiques axiales (rachis cervical ou partie antérieure du thorax ou rachis dorsal ou rachis lombaire.). Dans cette définition, la lombalgie représente le segment inférieur, une douleur de l'épaule ou de la fesse correspond à une douleur d'un côté du corps.

* 2. Des points douloureux à la pression. La pression exercée doit être de 4 kg/cm², ce qui, en l'absence d'un algésimètre, correspond au

blanchiment de la pulpe de l'ongle de l'examineur. Dix-huit points sensibles ont été retenus - occipitaux, cervicaux bas, trapéziens, sus-épineux, 2^{es} côtes, épicondyliens, fessiers, trochantériens, genoux ; 11 au moins doivent être sensibles pour que le diagnostic puisse être admis chez un patient souffrant depuis plus de trois mois.

Docteur Isabelle CATALA

D'après un rapport du groupe de travail constitué par Louis Auquier,

Daniel Bontoux, Pierre Codeau, Henri Loô, CluLrles Joël Menkès et Jean-Baptiste Paolaggi et présenté à l'Académie nationale de médecine.



Massages aux huiles essentielles

De plus en plus populaires, les thérapies comportementales et cognitives font l'objet de nombreux livres grand public, d'émissions de télévision et de radio. Elles peuvent sembler simplistes, stéréotypées, voire naïves aux non-initiés. Mais en quoi consistent-elles?

Ces thérapies, apparues pour les premières dans les années 1920, sont l'application pratique de la psychologie scientifique à la clinique. Les acquis successifs des théories expérimentales, et récemment les derniers résultats des sciences cognitives, ont modelé l'approche thérapeutique.

Tout d'abord appelées comportementales, en référence aux théories de l'apprentissage décrivant le conditionnement du comportement, ces thérapies ont pris le nom de « thérapies

« Le cognitif est l'essence même de ma pensée mais je n'en suis pas forcément maître puisqu'il est issu de lui-même sauf lorsque je le comprend car je sais le gérer »

Rodolf-Karel CANOY

comportementales et cognitives » (TCC) dans les années 1970 avec l'essor de la psychologie cognitive. La psychologie cognitive a pour but de comprendre les processus mentaux les plus élaborés: pensée, perception, mémoire et traitement de l'information. Le comportement et les processus cognitifs sont en étroite relation avec les émotions. Les TCC interviennent ainsi à trois niveaux: comportemental, cognitif et émotionnel.

Quelles sont les bases théoriques ?

D'après la psychologie expérimentale, les comportements humains sont acquis et maintenus par des lois psychologiques. Celles-ci ont été conceptualisées par les théories de l'apprentissage et les théories cognitives.

Les théories de l'apprentissage mettent en avant le conditionnement du comportement par l'environnement : le conditionnement classique (ou pavlovien), selon le schéma stimulus-réponse; le conditionnement opérant (ou skinnérien), selon lequel l'apprentissage est renforcé par les conséquences de l'action et le conditionnement social.

Ces mécanismes d'apprentissage permettent d'intégrer, dès l'enfance, un ensemble de comportements utiles et fonctionnels comme le comportement alimentaire, la lecture, l'écriture, les activités sportives, etc.

Les théories cognitives tendent à expliquer les processus mentaux les plus élaborés (perception, attention, mémoire) avec en particulier: le conditionnement cognitif (schémas cognitifs et modèle du traitement de l'information).

Nous rappellerons brièvement ces notions et leur influence sur le comportement normal et pathologique.

Les thérapies de déconditionnement

Les premières thérapies dites de « déconditionnement » s'appuient sur le modèle du conditionnement classique, pavlovien dit de type 1. La réponse conditionnelle a été initialement décrite par Pavlov, avec la célèbre illustration du chien, en état de déprivation, qui salive automatiquement au son du diapason (stimulus neutre) annonciateur du repas (réponse inconditionnelle).

De la même façon, un stimulus neutre, qui peut être un objet ou une situation, déclenche une réponse anxieuse chez un sujet phobique, parce que, au cours d'une expérience passée, celui-ci a associé le stimulus à l'émotion peur.

Par exemple, Jeanne, 36 ans, consulte pour une phobie des transports en commun ayant débuté brutalement, trois mois auparavant, au printemps. Sa phobie l'empêche durant tout l'été d'emprunter les divers types de transport (RER, métro, autobus, train ...) et la contraint à se rendre sur son lieu de travail à pied, soit environ 90 minutes de marche matin et soir. En reprenant l'histoire de la maladie, Jeanne nous décrit un événement apparemment anodin. Elle est sur le quai du métro, a très mal à la tête et sent tout tourner autour d'elle. Quand la rame du métro arrive, elle a soudainement très peur d'avoir un malaise. Une fois dans le wagon, les symptômes d'inconfort s'accroissent. Elle descend à la station suivante tant son état l'inquiète et appelle son mari pour qu'il vienne la chercher.

Depuis cet épisode, Jeanne ne peut plus reprendre le métro. La généralisation de la réaction conditionnelle s'effectue en trois semaines. Par ressemblance et contiguïté des stimuli, la jeune femme n'utilise plus aucun transport en commun.

Et même l'explication rationnelle des symptômes physiques par le diagnostic d'infection virale posé par le médecin traitant ne suffit pas à mettre un terme à la phobie de Jeanne.

Le stimulus n'est pas nécessairement un épisode traumatique. En effet, ce qui est phobogène, c'est l'association que le patient réalise entre une peur ou un malaise physique et un contexte particulier. Et si Jeanne se souvient du début de ses troubles, beaucoup d'autres patients, dont la phobie est bien plus ancienne, ont oublié la scène initiale.

Les stratégies d'exposition

En pratique, plusieurs modalités thérapeutiques se focalisent sur le lien établi entre l'anxiété et le stimulus source. Ce sont des stratégies dites d'« exposition ». L'exposition travaillée en imagerie mentale s'intitule « désensibilisation systématique », celle pratiquée en situation réelle « exposition in vivo ». Les expositions sont des techniques de réduction des peurs et des phobies par déconditionnement d'une réponse apprise. Le plus souvent, le thérapeute apprend au patient une réponse inhibitrice de l'état émotionnel de peur avec la relaxation. En effet, la réponse physiologique après relaxation est antagoniste de celle que génère le stress. Ce processus de changement est appelé « principe d'inhibition réciproque ». Les stratégies d'exposition ont été largement utilisées dans les troubles phobiques de l'adulte et de l'enfant avec de très bons résultats.

Le conditionnement opérant

Le deuxième paradigme expérimental majeur est celui du conditionnement opérant ou apprentissage par les conséquences de l'action. Skinner l'a mis en évidence par l'expérience du petit animal enfermé dans une boîte avec un levier. Si l'animal découvre par hasard que la pression de la barre lui permet d'avoir de la nourriture, il a tendance à répéter l'action.

De la même façon, l'individu adapte son comportement en fonction de ses conséquences, lesquelles sont appelées « renforcements par l'auteur ». Le sujet aura tendance à répéter une action aux conséquences positives (renforcement positif) et à éviter une action aux conséquences négatives (renforcement négatif ou conditionnement d'échappement). Ce processus infiltre notre vie quotidienne et notre communication avec autrui. Dans la vie courante, ce mécanisme est très utilisé dans toutes les techniques pédagogiques, par exemple dans le contrôle du poids. Si le poids indiqué sur la balance nous semble excessif, nous diminuons notre ration alimentaire jusqu'à ce qu'il diminue. Jean, 40 ans, ne peut pas prendre la parole en réunion professionnelle tant il se sent mal, tremble et sent son cœur battre très vite ... Par anxiété d'anticipation, il apprend à éviter nombre de situations sociales, pour lesquelles il trouve quantité de subterfuges. Il se fait remplacer en mettant en valeur ses jeunes collaborateurs, ne fait que des propositions de groupe et jamais de personnelles, etc. Son comportement d'évitement des situations sociales est renforcé positivement par la diminution de la réponse anxieuse. Jusqu'au jour où, son avancement hiérarchique ne lui permettant plus de feinter, il vient demander de l'aide.

Cet exemple illustre que, dans les phobies, les mécanismes de conditionnement classique et de conditionnement opérant peuvent s'associer dans le temps et maintenir ainsi la souffrance phobique. Jean a acquis sa peur de parler en public par le mécanisme du conditionnement classique pavlovien (parler en public = peur) et maintient depuis plusieurs années cette anxiété par le mécanisme du conditionnement opérant.

Les manœuvres d'évitement engendrent un soulagement qui lui-même renforce le recours au comportement d'évitement en cas de situation phobogène. Les interventions thérapeutiques consistent à diminuer l'évitement en utilisant par exemple, des activités plaisantes dans les situations anxieuses.

L'imitation d'un modèle

La troisième contribution fondamentale est celle de Bandura qui décrit le principe « d'imitation d'un modèle ». Ce principe est à la base du mécanisme sophistiqué de l'apprentissage social.

L'apprentissage social fonctionne dès notre petite enfance. C'est ce que Bandura a démontré par l'expérience célèbre d'enfants en bas âge, qui apprennent des comportements agressifs par l'intermédiaire de modèles réels ou filmés. Nous imitons en permanence un modèle. Ce que la publicité utilise largement pour influencer notre comportement de consommateur.

Revenons au comportement alimentaire. Nous l'avons appris par imitation de nos proches. Au cours du repas, nous avons observé comment

« Comprendre autrui est d'abord se comprendre mais surtout et avant tout se connaître qui reste l'essence même de toute connaissance humaine »

Rodolf-Karel CANOY

les convives se tenaient à table, nous avons écouté leurs conversations, nous avons analysé les émotions exprimées sur leur visage. Le modèle que nous imitons nous fournit toutes sortes d'informations verbales et non verbales.

Les parents sont souvent le premier modèle, suivi des pairs, des amis... Ce « modeling » est utilisé en thérapie par l'intermédiaire du jeu de rôle, de vision de films ou de l'imagination. Certaines caractéristiques précises du modèle sont nécessaires afin que l'imitation puisse se réaliser (âge, niveau d'expression verbale, origine culturelle ...). Un défaut d'apprentissage social peut être à l'origine de phobies sociales. Ce trouble anxieux, très fréquent dans la population générale, se manifeste lors de la relation sociale à l'autre. On pourra proposer selon les cas un entraînement aux habiletés sociales, une thérapie d'affirmation de soi et/ou une stratégie des expositions aux situations sociales.

L'analyse fonctionnelle de la phobie sociale de Jean a mis en évidence non seulement des mécanismes de conditionnement classique et opérant mais aussi un défaut d'apprentissage social. Elevé dans un milieu familial très protecteur, il n'a

pas eu de modèle dans l'établissement de relations sociales, les contacts familiaux étant quasi absents.

Le conditionnement cognitif

La quatrième et dernière contribution est issue de la psychologie cognitive et de son paradigme du « traitement de l'information ». La psychologie cognitive soutient que notre comportement au cours d'une expérience émotionnelle est sous l'influence directe non seulement de facteurs physiologiques (battements cardiaques, sueurs, tensions ...), mais aussi de facteurs idéiques ou « cognitions ».

Jean est très tendu. n a tout essayé pour éviter de faire lui-même l'exposé vendredi soir devant quarante personnes mais rien à faire, il doit y aller. Une heure avant, déjà, il est tendu, agité et se dit intérieurement « Je ne trouverai pas mes mots », « Ils ne me rateront pas à la moindre erreur », « Je vais bafouiller » ... Autant de pensées qui ne font qu'amplifier ses tensions, ses doutes et son mal-être. Il a été montré que le sujet anxieux ou déprimé présente des altérations des activités cognitives, qui se résolvent le plus souvent avec la guérison des troubles anxio-dépressifs. Si certaines persistent malgré rémission complète du syndrome anxieux ou dépressif, elles sont prédictives d'un haut risque de rechute du trouble psychiatrique.

La démarche thérapeutique cognitive a pour objectif de mettre à distance les verbalisations anxieuses ou dépressives qui influencent le comportement de l'individu, puis de mettre à jour avec le patient les schémas cognitifs à l'origine de la vulnérabilité émotionnelle. Appris dans l'enfance, ils guident nos attitudes et nos relations aux autres tout au long de notre vie. On distingue les schémas de procédure (par exemple, aller au restaurant, ce qui comprend toutes les étapes comportementales qui nous amènent à gérer automatiquement cette situation) et les schémas émotionnels acquis dans les interactions précoces. Certains d'entre eux sont inadaptés à la vie adulte. La thérapie conduit le patient à identifier ses schémas personnels de vulnérabilité afin de pouvoir mieux les gérer par la suite.

L'analyse fonctionnelle de la souffrance sociale de Jean soulève trois hypothèses cognitives: « Je dois être au niveau », « Je ne suis pas comme les autres » et « Si je ne fais pas les choses bien, je risque d'être rejeté ». La thérapie aidera Jean à formuler, à préciser, voire à reformuler ces trois hypothèses cognitives au fil des séances. L'exemple de Jean illustre bien que l'acquisition de son trouble anxieux phobique provient de différents mécanismes d'apprentissage qui, conjugués, ont maintenu les troubles jusqu'à aujourd'hui. Le choix de la TCC proposée doit tenir compte de toutes les composantes présentes.

« Se connaître est le premier pas de sa propre évolution engendrant celle d'autrui permettant ainsi celle de l'humanité »

Rodolf-Karel CANOY

Quelles sont les caractéristiques de la démarche comportementale et cognitive ?

Il s'agit d'une démarche psychologique dont les spécificités sont:

* l'attention portée à la souffrance présente et actuelle de l'individu et

aux conditions environnementales ;

* une relation thérapeute-patient collaborative et très interactive dans laquelle chacun échange ses points de vue afin de résoudre au mieux les difficultés du sujet. Le thérapeute empathique, ouvert et participatif construit avec le patient une alliance thérapeutique forte facilitant l'acquisition d'outils psychologiques utiles à la gestion émotionnelle;

* l'évaluation clinique et psychologique: elle est effectuée avant le démarrage de la thérapie, puis renouvelée en fin de contrat thérapeutique. Elle permet de mesurer les améliorations obtenues;

⇒ des modalités de traitement, clairement définies dans un contrat thérapeutique. La thérapie ne s'arrête pas aux séances avec le thérapeute. Un travail quotidien est demandé au patient. Il s'agit de « tâches à domicile », qui sont définies pendant l'entretien, directement en rapport avec la thématique débattue et avec l'outil psychologique que le

patient a besoin d'acquérir.

Comment poser une indication d TCC ?

Plusieurs entretiens préliminaires sont nécessaires avant de poser l'indication d'une TCC. Dans un premier temps, le travail consiste à recueillir l'anamnèse, les données cliniques et les attentes du sujet. On peut s'aider de questionnaires psychologiques si des éléments nécessitent d'être précisés. L'entretien clinique est complété par une étape spécialisée appelée « analyse fonctionnelle ».

L'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle se déroule en un ou deux entretiens en face-à-face, et s'intéresse aux difficultés actuelles et passées du patient. Le thérapeute ne peut exercer cette étape spécialisée qu'après une formation solide en thérapie comportementale et cognitive (instituts d'enseignement en TCC, diplômes universitaires en deux ou trois ans).

Dans un premier temps, le thérapeute conceptualise la souffrance psychologique. A partir de là, il propose une hypothèse qui explique comment et pourquoi se sont constitués puis maintenus les comportements qui posent problème. La formulation a lieu en séance et laisse libre cours à la discussion entre le thérapeute et le patient.

L'analyse fonctionnelle est une étape essentielle dans la démarche thérapeutique. C'est seulement à partir de l'hypothèse fonctionnelle que le thérapeute décidera de proposer ou non une TCC. Dans l'affirmative, il choisira, parmi l'ensemble des méthodes thérapeutiques possibles, celles qui semblent le mieux convenir au patient.

Au total, il s'agit d'une thérapie structurée, centrée sur des objectifs comportementaux qu'on peut évaluer dès le court terme.

Quelles sont les indications?

Il y a une vingtaine d'années, la majeure partie des publications sur les TCC avaient trait aux troubles anxieux phobiques. L'arrivée des sciences cognitives a permis d'élargir le champ d'action des TCC à d'autres troubles émotionnels.

Indications possibles :

Phobies sociales, agoraphobie, phobies spécifiques
Attaques de panique
Troubles obsessionnels compulsifs sans dépression importante
Anxiété généralisée
Sevrage des benzodiazépines et autres psychotropes
Stress post-traumatique
Dépression non délirante
Problèmes sexuels et relation de couple
Boulimie
Prévention de rechutes de la maladie coronarienne
Douleur chronique d'origine organique ou psychologique
Réhabilitation sociale des psychotiques chroniques
Troubles de la personnalité
Addictions : alcool, tabac, drogues, jeu
Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : angoisse, phobies, obsessions et autisme infantiles
Médecine comportementale (stress et psycho-immunologie, sida, cancer, hypertension artérielle)
Troubles bipolaires
Contre-indications :
Dépression mélancolique ou ralentie
Impossibilité de définir clairement les objectifs du traitement avec le patient

Dans les années 1970, les TCC ont été proposées dans le traitement des épisodes dépressifs d'intensité modérée, puis, dix ans plus tard, dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs résistant aux traitements pharmacologiques. Actuellement, dans les dépressions, les TCC ne sont plus prescrites en alternative, mais en association au traitement médicamenteux, ce qui permet d'améliorer la symptomatologie plus rapidement et de réduire les rechutes.

Et pour ce qui est des addictions, les TCC, proposées depuis 1985, ne doivent s'envisager que dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. La place de la TCC dans le programme thérapeutique doit être définie individuellement. Certains patients fumeurs, boulimiques ou alcooliques présenteront de nombreux éléments comportementaux et cognitifs

pathologiques, d'autres moins.

Dans la même optique, des programmes de réhabilitation de patients psychotiques chroniques ont été élaborés à l'aide des TCC. Ils sont construits en modules successifs thématiques et ont pour objectif de faciliter la réinsertion des patients.

Applications en médecine générale

La médecine générale s'est vite intéressée aux potentialités des TCC. La démarche comportementale s'applique alors à une meilleure gestion de l'hypertension artérielle essentielle, des céphalées de tension, des douleurs chroniques, des troubles du sommeil, des conduites addictives (prise excessive de boissons alcoolisées, tabagisme, boulimie).

Dans le traitement des céphalées et des douleurs chroniques, les TCC complètent le traitement médicamenteux en tant que stratégie d'autocontrôle et de meilleure gestion de soi.

Après avoir posé le diagnostic clinique de manière habituelle, le médecin traitant accorde une attention particulière aux aspects actuels de la souffrance de l'individu et à ses conditions de vie. En collaboration avec le patient, il enquête sur les facteurs qui diminuent, aggravent et/ou maintiennent les douleurs.

Un patient vient consulter pour des céphalées de tension. Elles évoluent depuis trois semaines dans un contexte très tendu d'entretiens d'embauche. L'observation de la douleur par tranches horaires révèle un acmé au moment des repas avec la mastication et avant chaque rendez-vous professionnel. Le médecin propose un travail sur les stratégies d'adaptation au stress (relaxation, gestions de l'anxiété de performance) et sur l'image donnée de soi-même aux autres.

La démarche comportementale consiste toujours, à partir d'une souffrance organique bien identifiée, à rechercher avec le patient tous les facteurs qui contribuent au maintien des troubles et à agir sur les différentes facettes psychologiques retrouvées.

Dans les troubles addictifs, le travail en réseau est fondamental et fait participer plusieurs acteurs de soin. Un patient boulimique pourra bénéficier d'une prise en charge médicale,

psychologique et kinésithérapique, si besoin. Le carnet alimentaire, le relevé des situations anxiogènes, l'identification des activités quotidiennes de plaisir et de contraintes, l'évaluation de la qualité des relations aux autres seront autant de sources d'informations pour comprendre l'addiction alimentaire actuelle.

Entreprise et sport

Les TCC ont trouvé des applications aujourd'hui hors du champ médical. En effet, ces psychothérapies verbales ont pour dessein de faire acquérir de nouvelles aptitudes psychologiques, qui permettent de mieux faire face aux problèmes et aux émotions.

La démarche comportementale et cognitive a séduit les milieux de l'entreprise et du sport de haut niveau, l'objectif étant d'aider les cadres et les sportifs à mieux faire face aux situations de stress.

Il s'agit d'identifier les contraintes d'une activité donnée, les facteurs de stress associés, les stratégies mentales mises en œuvre par l'individu pour faire face à ces conditions extrêmes et être dans l'excellence attendue.

En conclusion, la démarche comportementale et cognitive trouve des applications dans de très larges domaines, soit comme psychothérapie préventive ou curative d'un désordre émotionnel invalidant, soit comme discipline psycho-éducative.

Qu'en est-il de la motivation du patient ?

Le patient informé peut être tenté par une TCC : c'est une thérapie brève, structurée, aux objectifs clairs et précis. Après les entretiens d'évaluation, une quinzaine de séances sont nécessaires en moyenne, souvent réparties sur une année. Cependant, comme mentionné précédemment, la thérapie comportementale et cognitive n'est pas indiquée dans tous les cas. C'est seulement une fois l'analyse fonctionnelle achevée que l'indication pourra être discutée. Un dernier élément faisant partie de l'analyse fonctionnelle est également déterminant: c'est la motivation du patient. En effet, comme toute thérapie psychologique, la TCC est une initiative personnelle, qui demande de prendre du temps pour soi. Et de se laisser le temps d'évoluer.

Motivations intrinsèque et extrinsèque

Le patient a collaboré avec le thérapeute à l'élaboration du contrat thérapeutique. Il lui est généralement demandé de tenir un carnet de thérapie et de fournir un travail personnel après chaque séance, en relation avec les échanges qui ont eu lieu en entretien.

En psychologie théorique, il est classique de distinguer les patients ayant une forte motivation intrinsèque et ceux dont la motivation est extrinsèque. Rappelons que la motivation intrinsèque ou « auto-détermination sans pression externe » caractérise le sujet qui ressent le besoin d'une thérapie et la demande de lui-même afin d'améliorer ses relations sociales. Dans la motivation extrinsèque, la demande est motivée par une pression externe, souvent familiale. La motivation du patient au changement doit être évaluée de manière approfondie. Pour obtenir des résultats, la thérapie nécessite que le patient soit actif et participatif.

Si un patient phobique, par exemple, attend une diminution, voire une rémission totale, de sa phobie, il ne s'agit pas simplement de gommer un symptôme, mais bien de lui faire acquérir des compétences psychologiques qu'il devra développer et exercer afin de rendre sa phobie de moins en moins utile.

Au total, les TCC sont des démarches structurées d'aide psychologique, facilement utilisables par le patient et dont les progrès thérapeutiques sont rapidement évaluables.

Les TCC continuent d'évoluer. La compréhension théorique s'affine, les thérapies proposées sont plus efficaces, les indications mieux ciblées. De nombreuses études d'évaluation des TCC sont publiées dans différentes disciplines médicales, certaines faisant l'objet de méta-analyses. La collaboration nationale et internationale entre chercheurs et cliniciens permet le partage du savoir théorique et clinique. Les expériences pratiques cliniques contribuent à faire évoluer les concepts et les modèles théoriques proposent de nouvelles approches thérapeutiques.

Docteur MIRABEL-SARRON Christine



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.

Sous réserve de changements de dernières minutes.
(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment)
Veillez nous en excuser par avance

- | | |
|-----------------------------|--|
| Le 16 Janvier 2008 | Posturologie par Monsieur GOUSSET de Tours |
| Le 20 Février 2008 | Décodage biologique par Monsieur FONTAINE Nicolas |
| Le 19 Mars 2008 | Bien être et Santé : Techniques de relaxation
Par Monsieur VATON de Saint-Gervais-La-Forêt |
| Le 16 Avril 2008 | Phytothérapie en Rhumatologie par Monsieur RAGOT
De Tours |
| Le 21 Mai 2008 | Réflexologie : nouveauté en 2008 par Monsieur DAGET David
+ <i>Préparation du colloque national</i> |
| Le 18 Juin 2008 | Colloque en cours d'étude |
| Le 17 Septembre 2008 | Magnétisme et électro-thérapie par Monsieur PINOTEAU |
| Le 15 Octobre 2008 | Traitement de l'obésité par l'association de Vendôme |
| Le 19 Novembre 2008 | Un cas en Chiropractie par Monsieur DEPONGE Stéphane |
| Le 17 Décembre 2008 | Assemblée Générale |



Les membres du bureau E.D. C.A.S. :

PRÉSIDENT

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE
Pierre.Bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY
canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

ORGANISATIONS RÉGIONALES

Monique LATRON
M.LATRON@wanadoo.fr

Madeleine BEZANNIER
Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES

contact (Précisez la personne)

Exerçant sur Naveil (41)

Christelle POUDRAI-SASSIER

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE
frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE
contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE
stephane.deponge@wanadoo.fr

KINÉSIOLOGUES

Olivier MAURIÈS
olivier.mauries@tiscali.fr



REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM

David DAGET
Reflexo37@tiscali.fr

EDUCATION KINESTHESIQUE

Nicolas FONTAINE
edu-k@aliceadsl.fr

YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés
Annie et Jean-François BREUIL
contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R
Élisabeth D'ARCANGUES
edarcangues@caramail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT
oscar37@club-internet.fr

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE
osteopathie-nature@wanadoo.fr

CHANT THÉRAPEUTE

Alain DESCHAMPS
contact (Précisez la personne)

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA
contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique
BOULAY Christine
BROSSILLON Pierre
CHEMINOT Sylvie
FAUCHEREAU Jean
GRIMAL Francine
LAINE Véronique
LEMELLE Mireille
METAIS Lydie
NERON Béatrice
OURY Bernadette
PITAUD Josiane
PONTET Annick
TOULEMONDE Luce
TRICOTET Yves

contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxéur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutrition, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress et dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 devant l'académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42		Mars 2008
43		Juin 2008

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au :
21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

Adhésion 2008

Montant (minimum 40 € ou \$) : ,00 € ou \$ Par chèque En espèces Mandat-Lettre