Année Universitaire 2017 – 2018

Prise en charge d'une patiente souffrant d'un trouble dépressif caractérisé

Présenté par Matthieu Ferry
N° étudiant : 21412946
Soutenu le 26/06/18

Sous la direction de Mme Fanny REDER, Maître de conférences
et le tutorat de Mme Anne MEREL, psychologue clinicienne.

Mémoire de Master 2
Psychologie clinique en Thérapies Cognitives et Comportementales

— Page laissée vide intentionnellement —

Remerciements

Ce mémoire signe symboliquement l'aboutissement de ma reconversion professionnelle. Pour moi il s'agit moins d'une rupture que d'une mise en cohérence, moins une « reconversion » que d'une « condensation » au sein d'une seule activité de tout ce qui fait sens pour moi. Toutefois, ce qui me semble être un aboutissement logique n'aurait pas été possible sans l'intervention et le soutien de nombreuses personnes. Je souhaite ici les remercier et leur rendre hommage.

J'éprouve beaucoup de gratitude envers mon ex-femme, Natalya, qui m'a ouvert les portes d'un monde nouveau et inexploré pour moi, celui du fonctionnement psychologique, en commençant par le mien.

Je remercie chaleureusement ma première thérapeute, Mme Marie-Louise Acker, qui m'a fait découvrir et a incarné pour moi ce qu'une bonne alliance thérapeutique pouvait apporter à un patient.

Je remercie tout particulièrement Mme Patricia Tassi. Grâce à son implication totale dans l'existence d'une filière TCC au sein de l'Université de Strasbourg, elle a été ma bonne étoile durant ces 4 années, pour m'avoir successivement admis en L2, fait découvrir combien les TCC sont passionnantes, puis accepté en Master TCC.

Je tiens à remercier spécialement M. Raoul Krychowski qui m'a fait découvrir la pratique clinique des TCC en cabinet libéral. J'aimerais souligner ma profonde estime pour ses qualités humaines et mon admiration pour ses qualités de thérapeute. Son implication envers ses patients n'a d'égal que sa volonté de transmettre son savoir-faire à ses stagiaires. Nous devrions avoir le plaisir d'exercer à la rentrée au sein du même cabinet libéral.

Je remercie ma tutrice lors du stage de M2, Mme Anne Merel, pour m'avoir accueilli à la fois dans sa pratique institutionnelle et dans sa pratique en cabinet libéral. Elle a été pour moi une tutrice bienveillante et disponible malgré ses nombreuses contraintes.

Merci à tous mes collègues de cette magnifique promotion, leur enthousiasme, leur soif d'apprendre et de partager à été pour moi source d'un grand bonheur.

Je remercie enfin mes parents et plus largement ma famille pour m'avoir soutenu financièrement et affectivement tout au long de ce chemin.

Liste des abréviations

4R : recontextualiser, reformuler, résumer, renforcer

AC : activation comportementale

ADS : affirmation de soi

BATD-R : manuel révisé de traitement de la dépression par l'activation comportementale

BDI-II : Inventaire de Dépression de Beck, version 2 à 21 items.

CMP : centre médico-psychologique

EACD : échelle d'activation comportementale pour la dépression

EDC : épisode dépressif caractérisé

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FNE : échelle de peur de l'évaluation négative

SPI : schémas précoces inadaptés

TCC : thérapie comportementale et cognitive

Conventions

Dans l'esprit de l'article 9 du Code Civil posant les fondements du secret professionnel, ainsi que l'article 7 du chapitre II du Code de déontologie des psychologues de France, je préserverai l'anonymat de la patiente dont je présenterai le cas ici. À cette fin, son nom sera remplacé par un pseudonyme, « Mme S. » et certains éléments biographiques seront omis.

Sauf mention d'une source, les citations entourées de guillemets seront des propos tenus par Mme S.

Table des matières

1 Motivation du choix de ce cas clinique....1
2 Le contexte....1
2.1 Cadre de la rencontre....1
2.2 Présentation de la patiente....1
3 Evaluation du risque suicidaire....2
4 Hypothèse diagnostique et diagnostic différentiel....2
5 Analyse fonctionnelle....3
5.1 Analyse diachronique....3
5.2 Analyse fonctionnelle synchronique....5
5.3 Autres éléments....7
6 Stratégies thérapeutiques retenues et éléments théoriques issus de la littérature....8
6.1 Indications thérapeutiques....8
6.2 L'activation comportementale....8
7 Articulation et déroulement des principales séances....9
8 Evaluation de l'efficacité de la thérapie....12
9 Conclusion....13
9.1 Mes difficultés, mes doutes….....13
9.2 Ce que j'aurais pu faire de plus ou mieux faire….....15
9.3 Réflexions pour mon projet professionnel....15
10 Schéma d'analyse fonctionnelle synchronique....18
10.1 Manque d'affirmation de soi....18
11 Evaluation du schéma assujettissement....19
12 Les formulaires et échelles d'activation comportementale....20
12.1 L'échelle d'activation comportementale pour la dépression....20
12.2 Formulaire de suivi quotidien des activités....22
13 Principaux besoins....25
14 Planning prévisionnel d'activités hebdomadaires....26
15 Remboursement des psychothérapies pour les dépressions légères à modérées....26

Index des illustrations

Illustration 1: Schéma d'analyse fonctionnelle selon la grille SECCA.....18
Illustration 2: Evaluation du schéma Assujettissement.....19
Illustration 3: Échelle d'activation comportementale pour la dépression – Niveau de base.....20
Illustration 4: Échelle d'activation comportementale pour la dépression – Niveau de fin.....21
Illustration 5: Suivi quotidien d'activité : mardi 06/02.....22
Illustration 6: Suivi quotidien d'activité : samedi 24/02.....23
Illustration 7: Suivi quotidien d'activité : mercredi 14/03.....24
Illustration 8: Principaux besoins de Mme S.....25
Illustration 9: Planning d'activités hebdomadaires final.....26

1 Motivation du choix de ce cas clinique

Il me tenait à cœur de présenter dans ce mémoire le cas de cette patiente, car c'est sans doute à la fois la plus complète (17 séances) et la plus complexe que j'aie eu à faire. Il s'agit de ma première prise en charge en totale autonomie. Si j'ai choisi de la relater ici c'est qu'elle a été pour moi riche d'enseignements, tant sur mes capacités que sur mes difficultés.

2 Le contexte

2.1 Cadre de la rencontre

Sur recommandation de son psychiatre, Mme S. a pris contact avec le secrétariat du CMP du centre hospitalier du Hasenrain à Mulhouse, afin d'obtenir une prise en charge psychothérapeutique. Sur la fiche d'appel figure que son psychiatre lui a diagnostiqué « une dépression ». Lors de la réunion hebdomadaire des psychologues du CMP pour examiner les demandes, le suivi de cette patiente m'a été proposé, ce que j'ai accepté volontiers. La première séance a lieu fin janvier 2018.

2.2 Présentation de la patiente

Mme S. a 46 ans, elle est titulaire d'une licence et est éducatrice pour enfants en CDI. Elle est en arrêt de travail depuis le mois de décembre. Elle a 2 enfants : une fille de 18 ans démarrant ses études et un fils de 15 ans qui suit une scolarité au Lycée. Elle a un compagnon depuis 10 ans, mais ils vivent séparément.

2.2.1 Historique familial

Mme S. est la cadette d'une fratrie de 5. Les personnes avec qui elle interagit sont notamment Thérèse, son aînée de 10 ans, et son autre sœur aînée de 5 ans, Odile. Son père est décédé d'une rupture d'anévrisme lorsqu'elle avait 5 ans. Après son décès, sa mère s'est remariée rapidement. Le beau-père s'est avéré imprévisible et violent : il pouvait passer d'un grand calme à des comportements violents et humiliants envers la mère. Il rabaissait régulièrement la patiente et la traitait de « *bonne à rien, d'incapable* ». Mme S. le qualifie de maltraitant. Sa mère a aujourd'hui 84 ans et vit avec un autre compagnon de 74 ans avec lequel la patiente a des relations houleuses.

Mme S. est divorcée, elle évoque un divorce conflictuel ayant duré 9 ans, « *une éternité* ». Elle aurait été maltraitée psychologiquement par son mari pendant cette période et aurait connu un épisode dépressif avec une forte perte de poids (10 kg).

2.2.2 Traitement médicamenteux

Mme S. prend au moment de notre rencontre 75 mg de Venlafaxine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) par jour, ainsi que de l'Alprazolam (benzodiazépine) 1 à 2 fois par jour depuis mi-décembre.

2.2.3 Les attentes de Mme S.

Mme S. se sent « *bloquée* », elle voudrait trouver un moyen de ne plus se sentir « *comme une souris acculée dans un coin* », les seules solutions qui lui viennent à l'esprit actuellement sont de « *tout plaquer et partir loin* » ou « *d'en finir* », elle souhaite que la thérapie puisse la « *débloquer* » et lui donner des solutions concrètes.

3 Evaluation du risque suicidaire

Dès la première séance, compte-tenu de la mention par Mme S. d'idées noires, nous prenons un temps pour évaluer le risque suicidaire. La patiente fait état d'un moyen (« *crasher la voiture* »), idée qui l'a traversée pendant un trajet, mais ne fait pas mention d'un projet planifié. Elle reconnaît qu'elle ne compte pas passer à l'acte car elle aime trop ses enfants. Ce facteur de protection me semble solide. D'autre part, il n'y a pas d'antécédent de tentative de suicide ou d'auto-mutilations. La patiente ne semble pas impulsive, ne fait pas part d'épisodes psychotiques, ne consomme pas de toxiques et souligne son envie de « *s'en sortir* ».

Mme S. mentionnera des idées noires à trois autres occasions lors de nos séances. Je lui poserai les mêmes questions pour évaluer ce risque, en prenant à chaque fois en compte le contexte. Il semble qu'à chaque fois une situation impliquant des désaccords et des critiques de la part de membres de sa famille soit à l'origine de l'activation de schémas dépressogènes, engendrant pensées automatiques négatives suivies d'idées noires. Ces situations feront systématiquement l'objet d'un travail en séance (voir par exemple l'analyse fonctionnelle au point 5.2.1) et d'une mise en perspective avec sa problématique globale, notre travail thérapeutique et ses progrès, mesurables grâce au suivi mis en place.

4 Hypothèse diagnostique et diagnostic différentiel

Pour analyser les symptômes rapportés par Mme S., nous nous sommes référé aux critères diagnostiques du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), indiqués entre parenthèses ci-dessous.

4.1.1 Hypothèse diagnostique : trouble dépressif caractérisé

Mme S. fait clairement état d'une humeur dépressive continue depuis décembre alors qu'elle se sentait « *normale* » auparavant. Elle dit qu'elle « *pleure pour un oui, pour un non* » (A1), qu'elle n'a « *envie de rien* », « *ne veut plus voir les gens* » (A2). Elle mentionne que « *tout est difficile* », qu'elle se sent très fatiguée (A6) et évoque « *des difficultés à se concentrer, des problèmes de mémoire* » (A8). Elle évoque des troubles du sommeil : « *je pourrais dormir tout le temps* », des cauchemars qui la réveillent apeurée, trempée de sueur et des réveils précoces (A4). Des idées noires sont également récurrentes (A9). La détresse de Mme S. est manifeste et son fonctionnement social et professionnel altéré (B). L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (C). Mme S. ne présente pas de troubles psychotiques (D) et ne fait pas état d'épisodes maniaques ou hypomaniaque (E). Mme S. ne signale aucun deuil ou perte récente. L'ensemble de ces signes, en conjonction avec le score à la BDI-II et notre appréciation clinique globale semblent concorder avec un trouble dépressif caractérisé grave récurrent 296.33 (F33.2).

4.1.2 Diagnostic différentiel

Le trouble dépressif persistant (dysthymie) ne semble pas adapté, la patiente faisant état de périodes de plus de 2 mois consécutifs sans présenter d'humeur dépressive au cours des 2 années précédentes.

Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive n'est pas retenu, les stresseurs semblent trop vastes et diffus (relations avec sa famille, ses collègues de travail, son compagnon…) et plutôt liés à son manque d'assertivité dans ces domaines.

Bien que Mme S. aie du mal à s'affirmer dans certains domaines, elle revendique et affiche une bonne autonomie, un trouble de personnalité dépendante est donc à écarter.

5 Analyse fonctionnelle

Nous présentons ici les données de l'analyse fonctionnelle effectuée avec la patiente sur plusieurs séances. L'articulation des différentes séances est présentée au point 7.

5.1 Analyse diachronique

5.1.1 Données structurales possibles

Antécédents génétiques / familiaux : selon la patiente, son père a été dépressif toute sa vie, sa grand-mère paternelle a connu un épisode dépressif et son cousin s'est suicidé par

pendaison. Sa mère aurait un caractère anxieux, une tendance à fuir les conflits et à adopter des comportements passifs ou manipulateurs.

Traitements précédents : Mme S. dit être régulièrement traitée par antidépresseurs depuis une dizaine d'années, à l'occasion d'épisodes dépressifs récurrents.

Maladies physiques : Mme S. ne présente pas de maladie somatique particulière, mais fait part de migraines régulières et se dit hypersensible aux sons et à la lumière.

Autres : addiction au tabac, Mme S. fume environ 10 cigarettes par jour.

5.1.2 Les facteurs déclenchants initiaux invoqués

Mme S. évoque la disparition précoce de son père, événement qui l'a beaucoup affectée. Les interactions avec son beau-père et le manque de soutien de sa mère semblent ensuite l'avoir beaucoup fragilisée. Mme S. relate un épisode qui l'a particulièrement marquée : elle avait 18 ans et réalisait des tâches ménagères dans le café de son beau-père lorsque celui-ci se mit à l'agonir de reproches à tel point que, pour une fois, elle n'est pas restée passive mais a réussi a lui exprimer sa colère. Celui-ci, ne le supportant pas, se mit à la frapper jusqu'à ce que sa mère s'interpose. Elle s'est ensuite enfuie et a traversé une avenue sans précautions, s'exposant ainsi à une mort possible. De retour à la maison, sa mère lui demandera de « *passer l'éponge* » sur cet incident. Cette demande de la part de sa mère, et plus généralement de son entourage, d'ignorer ses besoins, émotions et ressentis propres au profit de ceux d'autrui est récurrent dans l'histoire de la patiente.

5.1.3 Les facteurs historiques de maintien possibles

Outre les maltraitances de la part de son beau-père, puis de son mari, il ressort de nombreuses situations évoquées : à chaque tentative de la part de Mme S. de se « *rebeller* », de sortir de son comportement soumis, elle doive faire face à des critiques qui la rabaissent, l'infantilisent, la jugent. Dans le milieu familial, ces critiques proviennent à la fois de la personne concernée, mais également des autres membres de la famille qui l'accusent alors d'être « *colérique* » ou « *malade* » et l'invitent à retrouver son comportement inhibé habituel.

Lors de ses épisodes dépressifs, sa famille se veut aidante, mais lui reproche de « *manquer de volonté* », de « *ne pas faire d'efforts* ». Mme S. ne se sent ni comprise ni respectée et trouve que sa famille n'a pas confiance en elle. Elle dit que toute sa vie elle a dû lutter pour prouver qu'elle avait de la valeur, là elle n'en a plus la force. Elle évoque si « *on* » ne trouve pas de solution, elle pense faire une demande d'invalidité et couper les ponts avec sa famille.

Il me semble probable que la patiente ait un schéma d'assujettissement actif auquel elle se soumet jusqu'à atteindre un degré d'inconfort trop élevé, puis qu'elle s'exprime de façon agressive, comportement puni par le système familial, ce qui maintient ce fonctionnement. La seule solution évoquée actuellement par Mme S. est l'échappement de ce système.

La récurrence des épisodes dépressifs qu'elle a connu et le sentiment que c'est « *pire à chaque fois* » l'inquiètent au plus haut point et la motivent à consulter.

5.1.4 Les facteurs précipitants

Mme S. mentionne la présence sur son lieu de travail d'une subordonnée « *imposante* » avec qui elle connaît des difficultés relationnelles et dont elle n'arrive pas à se faire respecter. Son directeur lui a reproché de ne pas être en mesure d'assurer son rôle de manager. La patiente évoque son manque de confiance en elle et dit que c'est « *la goutte qui a fait déborder le vase* », qu'elle s'est « *effondrée* » mi-décembre. Ce type de difficultés au travail est récurrent : elle s'investit pleinement dans son travail pendant 12-18 mois, puis éprouve des difficultés et perd ses moyens face aux personnes qui lui font des reproches. Elle voudrait ne plus travailler à cause du stress, notamment celui occasionné par les critiques qui lui sont adressées.

5.2 Analyse fonctionnelle synchronique

5.2.1 Le manque d'assertivité

Nous avons choisi de présenter ici l'une des analyses fonctionnelles réalisées avec la patiente car elle nous semblait centrale au maintien de la mécanique dépressive.

Au cours de la thérapie, notamment grâce à un travail d'auto-observation demandé à Mme S., nous avons pu relever plusieurs situations relevant d'une dynamique similaire. Nous présentons ci-dessous une situation qui nous semble représentative.

Situation : en famille, ma grande sœur Thérèse me fait un reproche, prend une décision me concernant contre mon avis et me juge (critique non constructive) devant les autres.
Emotions : tristesse (8/10), gorge nouée, envie de pleurer.
Cognitions : « *On ne m'écoute pas* », « *Tout le monde me critique* », « *J'arrive pas à me faire respecter* ». Imagerie : « *Je suis comme une petite souris prise au piège dans un coin* ».
Signification personnelle : « *On ne me permet pas d'exister* ».
Comportement : « *Je me tais et/ou je quitte la situation* ». Conséquences : sentiment de honte, les autres décident à ma place, tristesse.

Anticipations : « *Quoi que je fasse ou dise, on va me critiquer, on ne va pas m'écouter* ».
Conséquences : Mme S. évite autant que possible les relations, même par téléphone, avec sa famille. Elle ne dispose par ailleurs pas de réseau amical, elle s'isole donc socialement de plus en plus et passe beaucoup de temps au lit (12 à 16 h certains jours). Son entourage s'inquiète et lui « *met la pression pour qu'elle se bouge* », la juge fainéante, la déconsidère. Cette analyse a été présentée à Mme S. sous la forme d'un schéma (voir Illustration 1).

On voit ici que Mme S. semble enfermée dans un cercle vicieux qui lui donne l'impression de ne pas avoir le contrôle (impuissance apprise) et que ses stratégies (échappement, évitement) l'amène à une absence progressive d'activités où elle peut se sentir compétente et obtenir des renforcements positifs.

5.2.2 Clinophilie

Nous avons fait avec Mme S. l'analyse fonctionnelle de sa clinophilie. Il ressort que, pour l'instant, rester au lit en journée lui apporte du plaisir à court terme car c'est une activité où elle « *résiste* » aux injonctions du monde externe de « *se bouger* » (renforcement positif via ajout d'un sentiment de contrôle) et les évite (renforcement négatif). À long terme elle se coupe d'activités pouvant lui apporter du plaisir. Un cercle vicieux de la léthargie/inactivité est donc établi et présenté à Mme S. Nous précisons qu'ici son plaisir semble lié à un besoin d'autonomie, de calme et que d'autres comportements pourraient nourrir ces besoins sans avoir les inconvénients de la léthargie ; ce sera un des objectifs thérapeutiques.

5.2.3 Evaluations psychométriques

Pour nous aider à mieux évaluer les différentes problématiques de Mme S. et disposer d'une ligne de base pré-thérapie, nous lui avons fait passer plusieurs questionnaires :

- La BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1998) fait ressortir un score de 37, ce qui correspondrait selon les seuils de référence à un épisode dépressif sévère (≥ 28).
- L'échelle d'affirmation de soi de Chalvin (Chalvin, 2011) en 60 items permet d'évaluer les différents types de comportements. Les scores de la patiente sont les suivants : comportements inhibés : 9/15, comportements agressifs : 10/15, comportements manipulateurs : 6/15, comportements affirmés : 11/15. Sur 45 items représentant des comportements non affirmés, Mme S. en coche 25, soit 56 % alors qu'elle cote 11/15 comportements affirmés par ailleurs. Cela nous invite à explorer plus précisément les contextes dans lesquels s'affirmer est difficile pour elle.

- La version courte de l'EACD (Wagener, Van der Linden, & Blairy, 2015) montre un score total de 22/54, avec 13/24 pour l'activation et 16/18 pour l'évitement.
- La FNE (Douilliez, Baeyens, & Philippot, 2008) donne un score de 29/30, montrant l'extrême sensibilité de Mme S. à la critique.
- Une évaluation courte des SPI (Young & Klosko, 2013) fait ressortir un schéma « Assujettissement » très élevé (52/60), ainsi que les schémas « Exigences Elevées », « Exclusion » et « Méfiance/Abus » élevés (compris entre 40 et 49).

Nous avons le sentiment que Mme S. cote l'ensemble des questionnaires avec une vision particulièrement dichotomique, alors que des faits plus nuancés ressortent lors des entretiens.

5.3 Autres éléments

5.3.1 Aspects motivationnels

Eléments de motivation intrinsèque : Mme S. a consulté à son initiative et fait part de son envie de sortir de cette « *spirale infernale* ». Par ailleurs elle exprime une réticence aux traitements médicamenteux et souhaite investir la psychothérapie.

5.3.2 Atouts/Ressources de la patiente

Malgré les symptômes de son épisode dépressif, Mme S. semble vive d'esprit, capable d'introspection, de compréhension des éléments de psychoéducation et des hypothèses que nous élaborons ensemble sur son fonctionnement. Malgré ses difficultés, Mme S. s'est imposé un programme d'activité minimale en décembre (balades à vélo ou à pied…) afin de rester active. Seulement, face à la météo « *tellement mauvaise* » (pluie/vent/froid…), elle s'est découragée. Mme S. valorise le fait d'être « *active* » et de « *comprendre* ».

5.3.3 Alliance thérapeutique

En fin de première séance, Mme S. exprime qu'elle a « *l'impression d'être enfin comprise* », qu'elle me fait confiance et que je lui aie « *redonné le sourire* ». Je note régulièrement des marques de gratitude : des sourires, des appréciations clairement énoncées. Mme S. a pris une part active à sa thérapie : assiduité, réalisation de ses tâches à domicile et définition des programmes de séance pour y intégrer ses problématiques d'actualité. Elle n'est donc pas juste une « patiente modèle » uniquement mue par son schéma d'assujettissement. Ces éléments me semblent indiquer une excellente alliance.

6 Stratégies thérapeutiques retenues et éléments théoriques issus de la littérature

6.1 Indications thérapeutiques

Les TCC font partie des indications de prise en charge des épisodes de dépression majeure.

Notre conceptualisation de cas nous amène à travailler selon 2 axes thérapeutiques principaux : l'activation comportementale (AC) et l'affirmation de soi (ADS) en relation avec le schéma d'assujettissement de Mme S.

6.2 L'activation comportementale

L'intérêt d'un traitement purement comportemental pour la dépression a été renouvelé suite à une étude menée par Jacobson et al. (1996) montrant que les composantes comportementales de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter la dépression étaient aussi efficaces que la TCC dans son ensemble. Jacobson et al. ont appelé la composante comportementale de la TCC « l'activation comportementale ». De plus, une étude longitudinale a montré un maintien à 2 ans équivalent à celui d'une thérapie cognitive pour la prévention de la rechute (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998).

L'AC conçoit principalement la dépression comme une conséquence de faibles niveaux de renforcements positifs (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Ceux-ci mènent à une baisse de l'humeur et à une extinction progressive des comportements sains au profit de stratégies d'évitement, de passivité et d'abandon des activités régulières. L'AC voit l'évitement comme une stratégie de coping par rapport à des circonstances de vie et des émotions aversives. L'AC va contrer cette tendance à l'évitement expérientiel via la planification d'activités avec forte probabilité de renforcement positif (ibid.). L'AC est proche des approches de type « acceptation » (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2003), puisqu'elle encourage le patient à agir en dépit de ses émotions négatives et de son envie d'éviter.

Nous avons opté pour un protocole court et structuré d'AC : la « *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* » (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011), dont la traduction française est intitulée « *Traitement de la dépression par l'activation comportementale : manuel révisé de traitement (BATD-R)* ». L'une de ses spécificités par rapport au protocole de Martell et al. (2001) est d'amener le patient à identifier ses valeurs dans ses principaux domaines de vie pour pouvoir ensuite sélectionner des activités qui font sens pour lui (ibid.). Cela nous semble pertinent car « *Une valeur est une source de*

renforcements inépuisables, renforçante par l'action elle-même et non ses conséquences, accompagnée de la sensation d'être à sa place, en accord avec soi. » (Rusinek, 2017).

6.2.1 L'affirmation de soi

Selon Rimé (cité par Pasquier, Bonnet, & Pedinielli, 2008), « *les individus ont habituellement tendance à partager leurs émotions avec autrui dans le but de recevoir un soutien socio-affectif (réconfort, manifestations d'empathie, etc.), source de bénéfices émotionnels et sociaux. L'inhibition du partage social des émotions ne permettrait ni de réguler ses émotions ni de recevoir le soutien positif d'autrui* ». En revanche, les personnes dépressives semblent inhiber certains aspects de leur vécu émotionnel lors du partage social des émotions. « *Ce processus d'inhibition aurait pour fonction de préserver l'individu d'une image négative de soi auprès d'autrui. En effet, les individus qui utilisent ce genre de processus semblent le faire pour des raisons sociales (peur du jugement d'autrui).* […] *Cette stratégie ne permet pas à l'individu de réguler de manière efficace ses émotions et instaure de surcroît une distanciation des liens sociaux.* » (ibid.).

L'ADS peut être définie comme la capacité d'exprimer ses pensées, ses ressentis, ses besoins de manière sincère et directe et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres (Alberti & Emmons, 1970). Les techniques thérapeutiques d'ADS offrent un cadre structuré pour apprendre de tels comportements et peuvent à ce titre être considérées comme une forme d'activation comportementale spécifique, facilitant le partage social des émotions.

7 Articulation et déroulement des principales séances

7.1.1 Séances 1 et 2

Les premières séances ont permis de prendre connaissance de l'histoire de Mme S. et de forger l'alliance thérapeutique. La patiente avait un grand besoin de s'exprimer et de trouver une écoute empathique. L'emploi des « 4R » et notamment de résumés réguliers combiné à l'emploi de métaphores ont permis à Mme S. de mettre des mots sur son vécu et d'avoir une vue plus globale de sa situation. La patiente se compare à l'héroïne de « Million dollar baby », film dans lequel le personnage principal, issu d'un milieu difficile, se bat, devient championne de boxe mais connaît un traumatisme violent (cervicales brisées) menant au handicap puis à la mort. Je lui propose une comparaison moins radicale, celle d'un véhicule de type 4x4, puissant mais qui a dû traverser la jungle pendant des années et qui, là, est juste en panne d'essence. L'objet de notre travail serait de trouver comment remettre le véhicule en marche

et de trouver comment sortir de cette jungle. Mme S. adhère à cette métaphore. Je lui explique le modèle « TCC » ainsi que les principes de la thérapie. Dès la fin de la seconde séance je fais passer à Mme S. l'EACD et lui demande en tâche à domicile de reporter le suivi quotidien de ses activités sur les formulaires issus du BATD-R. Cela permettra de disposer d'une vision détaillée de sa semaine, de son humeur, du plaisir éprouvé lors de ses activités et l'importance qu'elle leur accorde (voir annexe 12.2).

7.1.2 Séances 3 et 4 : analyses fonctionnelles

Ces séances nous ont servi à élaborer des analyses fonctionnelles de situations, à passer des échelles d'évaluation et aboutir à une conceptualisation de cas. L'examen des formulaires de suivi quotidien sert de base de discussion de sa semaine et permet de relever des mécanismes récurrents. Par exemple Mme S. a tendance à être excessivement active le week-end (Illustration 6) et passe ensuite les 2 à 3 jours suivants au lit à « *récupérer* » (Illustration 5) et cela d'autant plus si certaines de ses interactions avec ses proches se sont « *mal passées* ». Nous identifions différentes activités qui sont sources de plaisir pour la patiente. Le fait que Mme S. attribue des notes très basses ou très hautes révèle sa tendance à une perception dichotomique. Les activités notées comme « importantes » semblent correspondre à des valeurs introjectées par Mme S. (Illustration 6). La passation des questionnaires sur les SPI de Young fait ressortir l'Assujettissement comme schéma très élevé chez Mme S. Nous faisons l'hypothèse que l'identification de ses propres valeurs modifiera l'importance perçue des activités. Pour aider Mme S. à mieux prendre conscience du positif, nous lui demandons également de noter trois moments positifs par jour, à la fin de sa journée.

Il ressort également que le temps passé au lit est jugé plaisant et important. La discussion fait ressortir que Mme S. s'y sent « *à l'abri* » de l'hostilité extérieure perçue, le lit remplit donc une fonction d'évitement. Plutôt que d'insister sur une psycho-éducation du sommeil à ce stade, il nous a semblé plus utile d'augmenter d'abord la capacité perçue de Mme S. à « *affronter* » les relations avec ses proches en apprenant à s'affirmer et à se centrer en priorité sur ses besoins et valeurs. Nous lui avons demandé d'acheter le livre « *Affirmez-vous !* » (Fanget, 2015) à la séance 4 et de commencer à le lire. Nous nous sommes appuyés sur des problématiques relationnelles concrètes relatées par Mme S. pour illustrer les principes de l'affirmation de soi.

7.1.3 Séances 5 à 9 : connection à ses besoins, valeurs et émotions

Tout en continuant le suivi et l'analyse de l'activité de Mme S. qui commence à s'équilibrer (Illustration 7), nous entamons une réflexion systématique sur ses valeurs et ses besoins dans les principaux domaines de vie à l'aide des outils du BATD-R. Bien que disposant du manuel et de plusieurs métaphores, il m'a semblé difficile d'expliquer les concepts de valeurs de manière suffisamment concrète. Une tâche à domicile concernant ce sujet n'ayant pas été effectuée, ce travail a été réalisé ensemble au cours de quatre séances. Nous avons présenté une restitution graphique commentée (Illustration 8).

Durant cette période, nous constatons que Mme S. relate beaucoup d'interactions où elle s'est mise en colère avec ses proches : « *Lorsque j'ai l'impression qu'on me marche dessus , j'explose* ». Cela nous semble refléter une prise de conscience par Mme S. des moments où ses besoins, à présent plus clairement identifiés, ne sont pas respectés par ses interlocuteurs. Auparavant ces mêmes situations auraient déclenché un comportement inhibé de sa part. Cela inquiète un peu Mme S. qui a l'impression de manquer de contrôle sur sa colère. Nous normalisons, en soulignant que c'est un progrès, qu'elle dispose à présent d'un système qui lui indique lorsqu'elle risque d'ignorer ses besoins au profit de ceux des autres. Maintenant qu'elle a accès à son émotion primaire, la colère plutôt que la tristesse, le travail d'affirmation de soi prend toute son importance afin qu'elle puisse l'exprimer de façon non agressive.

Au cours de cette période Mme S. va prendre deux initiatives marquantes : démarrer l'apprentissage de la guitare, un de ses rêves d'enfance et se séparer de son compagnon avec qui elle a l'impression d'avoir une relation asymétrique depuis près de 10 ans. Mme S. relate avoir l'impression de reproduire les schémas de sa mère : « *J'ai fait comme ma mère, je suis restée avec lui pour ne pas être seule* ». Elle semble à présent en mesure de définir le type de relation qu'elle souhaite. Compte-tenu de ces changements majeurs et d'une baisse de motivation à remplir les plannings d'activité, nous prenons l'initiative de suspendre le monitoring détaillé et de concentrer nos efforts sur l'affirmation de soi.

7.1.4 Séances 10 à 14 : priorité à l'affirmation de soi

Nous revoyons en séance beaucoup de situations d'interaction de la semaine de Mme S., en cherchant comment elle aurait pu améliorer l'expression de ses ressentis et ses besoins de façon affirmée. Des demandes, critiques, réponse à des critiques sont également rédigés pour des situations restant à régler. Nous entraînons également Mme S. à deviner le besoin de son interlocuteur (décentration) pour mieux exprimer son empathie, tout en faisant valoir ses

droits. Cette période s'avère particulièrement délicate pour Mme S. : bien que consciente de ses besoins et limites, il reste difficile alors qu'elle se trouve au cœur de la situation problème, d'appliquer les techniques vues en séance et d'accepter qu'elles ne fonctionnent pas toujours.

7.1.5 Séances 15 : vers plus d'autonomie

Mme S. est arrivée à la conclusion qu'elle devait également prendre un peu de recul par rapport à sa famille et se construire plus d'activités hors de ce cercle et en phase avec ses valeurs. Evénement notable Mme S. rapporte qu'elle applique à présent la technique du brouillard avec sa mère et qu'elle arrive à dire « *non* » à sa sœur Thérèse. J'observe que Mme S. a fait siennes de nombreuses explications évoquées au cours de la thérapie. Elle me relate différentes lectures et recherches personnelles, ainsi que des conseils d'amis qui entrent en résonance avec notre travail. Mme S. est ravie à juste titre de ces progrès et crée à présent ses plannings d'activité (Illustration 9). Par ailleurs Mme S. a suspendu le traitement anxiolytique après discussion après son psychiatre et continue son traitement antidépresseur.

7.1.6 Séances 16 à 17 : bilan du travail thérapeutique, passage de relais

Les séances suivantes ont été consacrées au bilan du travail thérapeutique, dont les résultats sont présentés ci-après. Compte-tenu de l'échéance de mon stage et bien que Mme S. soit à un seuil infraclinique pour la dépression, des séances supplémentaires me semblent nécessaires. Principalement le rythme veille-sommeil reste perfectible : des « siestes » de 2 h ont lieu en semaine et Mme S. y semble encore très attachée. Un travail sur ce point, ainsi qu'une consolidation des acquis est donc utile, tout comme la définition de stratégies de prévention de la rechute. En accord avec la patiente, elle fera ce travail avec ma tutrice, Mme Merel.

8 Evaluation de l'efficacité de la thérapie

8.1.1 Au niveau psychométrique

L'évaluation de fin de thérapie, faite le 22/05/18, donne les scores suivants :

- La BDI-II montre un score de 10, situé sous le seuil de la dépression (12).
- L'EACD montre un score de 40/54 (contre 22 en ligne de base), avec 20/24 pour l'activation et 4/18 pour l'évitement.
- La FNE fait ressortir un score de 17/30, soit 12 points de moins qu'en ligne de base.
- L'échelle d'ADS de Chalvin et l'évaluation des SPI n'ont pas été soumises faute de temps.

8.1.2 L'évaluation subjective de Mme S.

Près de la fin de la passation de la FNE, Mme S. interrompt l'évaluation pour me faire part de son insatisfaction sur le côté dichotomique de cette échelle et déclare : « *Je deviens plus nuancée, je suis à mi-chemin, les évaluations ne me touchent plus à vif. Je suis quelqu'un de chouette, j'ai des qualités, j'ai le droit à l'erreur. Je suis moins dure avec moi-même, du coup je culpabilise moins et j'ai plus confiance en moi. Les autres n'ont pas une omniscience sur moi, ce n'est pas manichéen, je ne suis pas une bonne à rien comme le disait mon beau-père. Je suis plus apte à entendre la critique des autres. Même si je suis peu de chose sur cette Terre, dans mon jardin il n'y a pas que de mauvaises herbes. J'ai des qualités, je mérite d'être respectée, c'est le début de 'Je commence à m'aimer'. Champagne !* ».

8.1.3 Mon appréciation clinique

Les progrès de Mme S. me semblent évidents, toutefois le fait que Mme S. ait encore fait part d'idées noires lors de la séance 14 montre que ses schémas dépressogènes restent facilement activés. La variation de perception entre le début et la fin de séance me semble illustrer la co-existence et la compétition entre deux façons de se voir et de percevoir le monde : celle liée à son ancien système de fonctionnement et à ses SPI et celle liée à des schémas plus fonctionnels, à des pensées nuancées et adaptées, comme l'illustre le discours de Mme S. cité au point précédent. Un travail de consolidation des activités positives et de renforcement de la patiente me semble à continuer, en parallèle de l'élaboration d'un programme de prévention de la rechute. Des séances plus espacées me sembleraient pertinentes afin que Mme S. attribue ses progrès à son propre travail plutôt qu'à la thérapie.

8.1.4 Autre facteurs de succès possibles

Il convient de rester conscient que les améliorations cliniques et les changements significatifs dans la vie de Mme S., peuvent refléter une conjonction de facteurs interagissant avec la psychothérapie. Par exemple : une rémission spontanée de l'épisode dépressif, le changement de saison, une météo plus ensoleillée, l'effet des antidépresseurs… Une attitude modeste s'impose donc au thérapeute, en parallèle de la joie d'être témoin de ces progrès.

9 Conclusion

9.1 Mes difficultés, mes doutes…

9.1.1 La carte n'est pas le terrain

Le manuel d'activation comportementale BATD-R propose une thérapie très structurée en 10 séances. Outre mon manque d'expérience en tant que thérapeute, de nombreux événements imprévus issus de l'actualité de la vie de Mme S. ont donné un tempo différent à la thérapie. Il m'a semblé important de pouvoir accompagner la patiente au rythme des éléments saillants de sa semaine et de rester centré sur elle plutôt que d'appliquer mécaniquement un protocole.

Concrètement de nombreuses situations dans lesquelles Mme S. n'a pas su exprimer ses besoins, faire valoir ses droits ou exprimer ses ressentis ont été analysées en séance. J'ai fait de mon mieux pour mettre en perspective à chaque fois ces événements avec notre travail et les actions déjà prévues dans notre plan thérapeutique. Ainsi, d'un côté le travail formalisé de recensement des besoins et valeurs de Mme S. pour concevoir un planning d'activités prenait du retard, et de l'autre ses valeurs fondamentales ressortant au cours de l'entretien clinique étaient immédiatement prises en compte, donnant lieu à des entraînements en séance et des actions concrètes sous forme de tâches à domicile. Malgré cela, il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir le sentiment de « faire les choses dans le désordre ». Après en avoir parlé à ma tutrice, je me suis résolu à prendre ce doute comme un garde-fou contre un excès de confiance, plutôt qu'une certitude de malfaçon. Comme le souligne Stéphane Rusinek (2017) : « *il ne s'agit pas toujours d'appliquer un protocole au pied de la lettre, mais souvent de trouver le "truc" qui motivera le patient et lui permettra de s'engager dans un processus de changement.* ».

9.1.2 Analyse de mon positionnement

En début de thérapie, j'ai eu le sentiment d'avoir des difficultés à trouver l'équilibre entre le cadre structuré propre aux TCC et ma tendance naturelle à peut-être me laisser parfois porter par la narration du patient dans un mode de fonctionnement plus « Rogérien ». En analysant l'ensemble des séances avec Mme S. j'ai constaté que j'avais en réalité été actif dans mes phases d'écoute et appliqué les principes de la TCC, tout en respectant le besoin du moment de Mme S. et en lui laissant le temps d'élaborer son vécu.

Durant plusieurs séances j'ai également eu le sentiment d'occuper la position d'un parent bienveillant, mettant au clair les besoins de Mme S., les validant dans leur légitimité et renforçant ses tentatives pour les satisfaire. Je me suis interrogé sur la compatibilité de ce positionnement avec celui d'une thérapie « TCC ». Après investigation, selon Jeffrey Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2005, p 256), ce type de relation thérapeutique prend son sens en tant que reparentage partiel dans le cadre d'un travail sur les schémas : « *Le thérapeute offre une approximation des expériences émotionnelles manquantes* ».

9.2 Ce que j'aurais pu faire de plus ou mieux faire…

L'anxiété de Mme S. me semblant circonscrite à sa peur de l'évaluation négative, je n'ai pas pris le temps d'évaluer son anxiété de façon plus large. Pour ne pas reposer sur ma seule impression clinique, j'aurais pu utiliser la STAI (D Spielberger, Gorsuch, E Lushene, Vagg, & A Jacobs, 1983) pour distinguer son anxiété-état de son anxiété-trait et explorer différentes sources d'anxiété.

J'ai éprouvé des difficultés lors du travail sur les valeurs, à la fois dans leur explication et sur la façon d'accompagner Mme S. pour les mettre à jour et les extraire des activités données. Cela a entraîné du retard dans la planification d'activités. J'aurais pu demander conseil à ma tutrice en amont.

Je me suis aperçu que je n'ai pas encore intégré dans ma pratique de demander systématiquement un feedback de fin de séance, or « *Il est essentiel, surtout avec les patients déprimés, d'établir leurs réactions à la séance. Comme le déprimé interprète ses expériences d'une façon négative, ce serait étonnant s'il n'avait pas également des interprétations négatives de son interaction avec le thérapeute.* » (Blackburn & Cottraux, 2011).

9.3 Réflexions pour mon projet professionnel

L'Assurance Maladie expérimente en ce moment le remboursement des psychothérapies dans le cadre des dépressions légères à modérées. Souhaitant m'installer en libéral, je me sens particulièrement concerné par cette évolution en cours de notre politique de Santé.

Les psychologues souhaitant entrer dans ce protocole doivent accepter des contraintes imposées très limitantes (voir annexe 15). Je rejoins les critiques formulées par l'AFTCC (« Expérimentation du remboursement des psychothérapies | AFTCC », s. d.) : ce format contraint semble desservir l'intérêt du patient et du psychothérapeute. En effet le cœur des TCC consiste à déterminer la stratégie thérapeutique après la conceptualisation du cas. Définir un protocole rigide a priori va à l'encontre de cette philosophie. Bien qu'un cas unique ne remplace pas des études sur une grande population, le cas de Mme S. illustre à mes yeux la pertinence d'une approche souple et sur mesure. A titre personnel, même si j'apprécie les protocoles, je n'ai aucune envie de leur sacrifier la qualité de l'alliance thérapeutique et de la relation humaine qui me lie à mes patients. Je ferai mon possible pour m'impliquer de façon à ce que ma spécialité, les TCC et ma profession ne soient pas instrumentalisées au service d'un point de vue uniquement comptable de la relation thérapeutique.

Bibliographie

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1970). *Your Perfect Right : A Guide to Assertive Behavior*. Impact.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Elsevier Masson.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *BDI-II, Inventaire de dépression de Beck : manuel*. ECPA, les Éd. du Centre de psychologie appliquée.

Blackburn, I. M., & Cottraux, J. (2011). *Psychothérapie cognitive de la dépression.* London : Elsevier Health Sciences France.

Chalvin, D. (2011). *L'affirmation de soi mieux gérer ses relations avec les autres*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.

D Spielberger, C., Gorsuch, R., E Lushene, R., Vagg, P., & A Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)* (Vol. IV).

Douilliez, C., Baeyens, C., & Philippot, P. (2008). Validation d'une version francophone de l'Echelle de Peur de l'Evaluation Negative (FNE) et de l'Echelle d'Evitement et de Détresse Sociale (SAD). [French validation of the Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) and the Social Avoidance and Distress Scale (SAD).]. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, *13*(3), 1-11.

Expérimentation du remboursement des psychothérapies | AFTCC. (s. d.). Consulté 7 juin 2018, à l'adresse http://www.aftcc.org/experimentation-du-remboursement-des-psychotherapies

Fanget, F. (2015). *Affirmez-vous !: pour mieux vivre avec les autres*. Paris : O. Jacob.

Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression : relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(2), 377-384.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change* (Paperback ed). New York, NY : Guilford Press.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression : Revised Treatment Manual. *Behavior Modification*, *35*(2), 111-161. https://doi.org/10.1177/0145445510390929

Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). The Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form : Development and Validation. *Behavior Therapy*, *42*(4), 726-739. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.004

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context : strategies for guided action*. New York : W.W. Norton.

Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J.-L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions : des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *18*(1), 2-7. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.02.007

Rusinek, S. (2017). *Traiter la dépression et les troubles de l'humeur : 10 cas pratiques*.

Wagener, A., Van der Linden, M., & Blairy, S. (2015). Psychometric properties of the French translation of the Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form (BADS-SF) in non-clinical adults. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 252-257. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.10.008

Young, J. E., & Klosko, J. S. (2013). *Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal : Éditions de l'Homme.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck.

Annexes

10 Schéma d'analyse fonctionnelle synchronique

10.1 Manque d'affirmation de soi

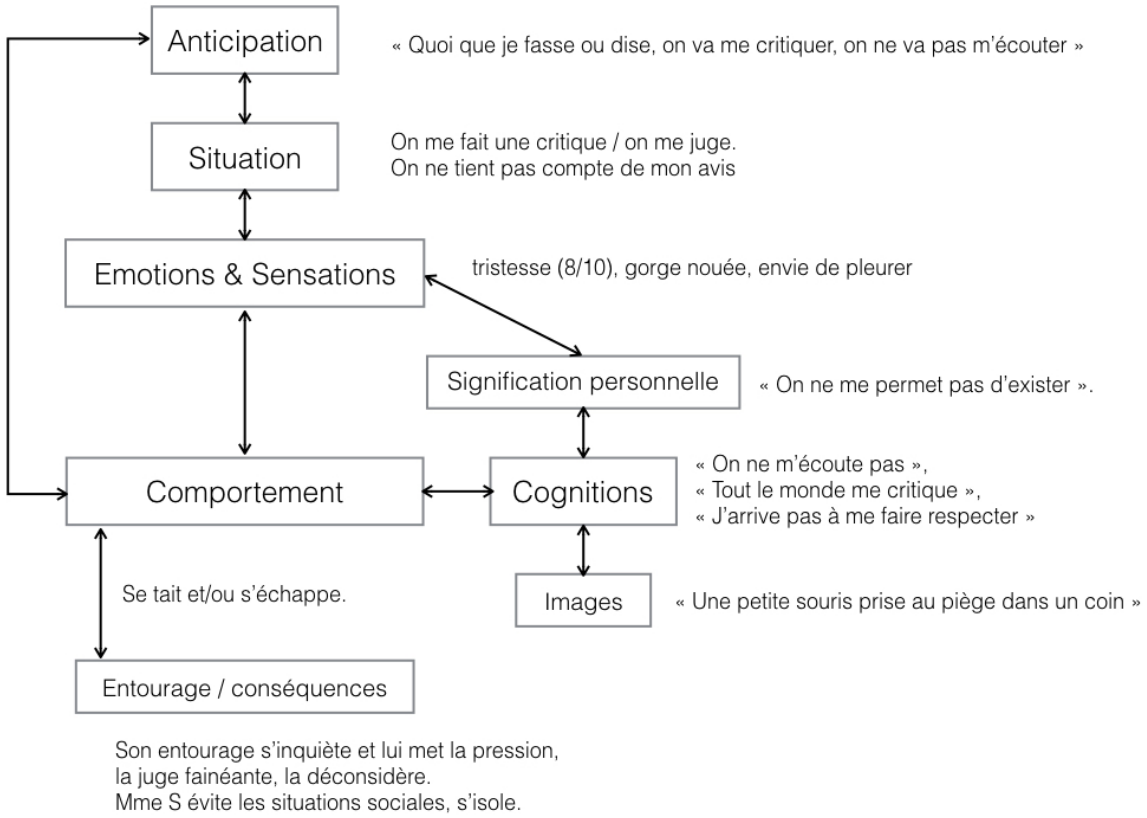


Illustration 1: Schéma d'analyse fonctionnelle selon la grille SECCA

Voici le schéma d'analyse fonctionnelle synchronique présenté à Mme S. et construite à partir de situations typiques rapportées mettant en avant son manque d'affirmation de soi, ses stratégies d'évitement et leurs conséquences.

11 Evaluation du schéma assujettissement

Le score de chaque schéma est mesuré par dix items, la cotation de chaque item est sur une échelle de Likert allant de 1 : « Absolument faux » à 6 : « Absolument vrai ». Le score global est obtenu par l'addition des items (Young & Klosko, 2013, p 271).

Énoncés	Pointage
1. Je permets aux autres de me dominer.	_____
2. Si je n'accède pas aux désirs des autres, j'ai peur qu'ils se vengent, qu'ils se fâchent ou qu'ils me rejettent.	_____
3. Quelqu'un d'autre a pris à ma place les décisions importantes de ma vie.	_____
4. Je parviens difficilement à faire respecter mes droits.	_____
5. Je veux toujours plaire et je recherche sans cesse l'approbation d'autrui.	_____
6. Je fais l'impossible pour éviter les confrontations.	_____
7. Je donne plus que je ne reçois.	
8. Je ressens profondément la souffrance des autres; ainsi, c'est toujours moi qui m'occupe de mes proches.	_____
9. Si je fais passer mes besoins avant ceux des autres, je me culpabilise.	_____
10. Je suis une bonne personne, car je pense aux autres avant de penser à moi.	_____
VOTRE TOTAL: (Additionnez vos points pour les questions 1 à 10.)	

Interprétation des résultats

10-19	Très bas. Ce schéma ne vous affecte sans doute pas du tout.
20-29	Assez bas. Ce schéma vous affecte sans doute à l'occasion.
30-39	Modéré. Ce schéma est un problème pour vous.
40-49	Élevé. Ce schéma joue un rôle important dans votre vie.
50-60	Très élevé. Il s'agit d'un schéma fondamental dans l'organisation de votre personnalité.

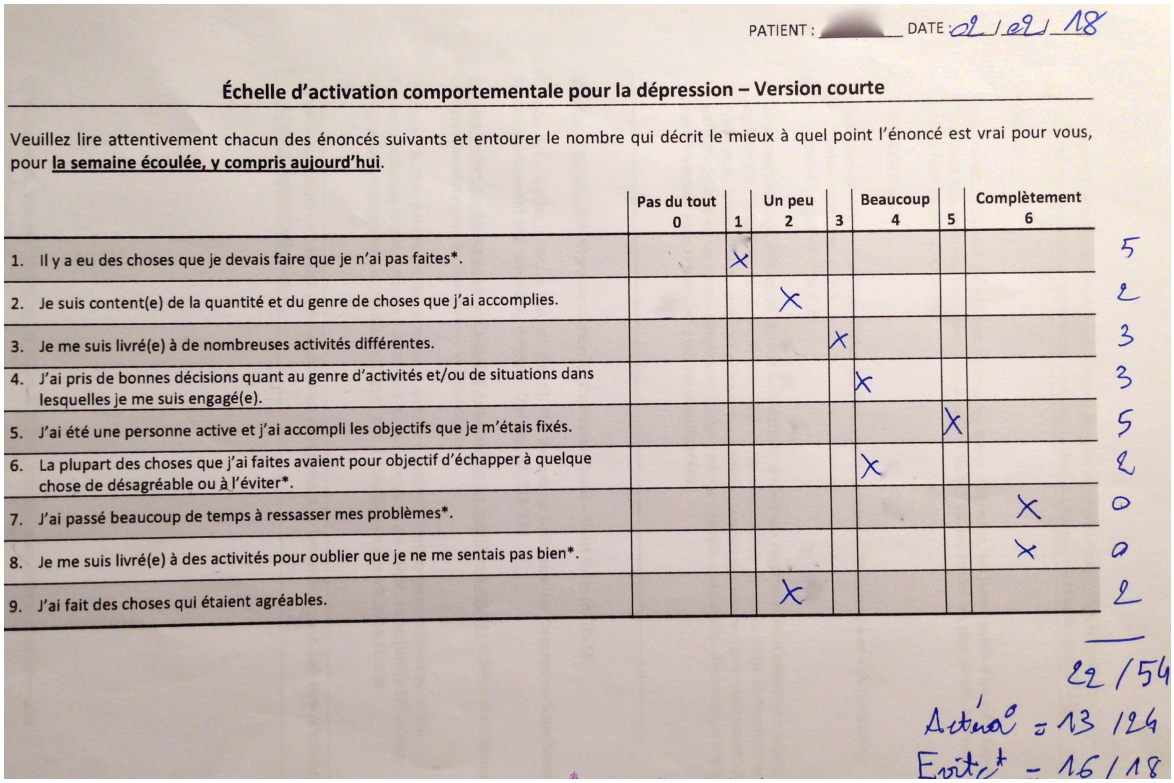
Illustration 2: Evaluation du schéma Assujettissement

12 Les formulaires et échelles d'activation comportementale

12.1 L'échelle d'activation comportementale pour la dépression

Cotation : D'après Manos, Kanter, & Luo, (2011), le score total équivaut à l'addition de tous les items. Les items suivis d'un astérisque sont inversés. Les scores totaux varient de 0 à 54, les scores les plus élevés indiquant un plus haut niveau d'activation. Deux sous-échelles ont été identifiées par l'analyse factorielle : « *Activation* » (items 2 à 5) et « *Evitement* ». (items 6 à 8). Dû au petit nombre d'items de chaque sous-échelle, il n'est pas recommandé d'utiliser ces scores séparément. Toutefois, ces derniers donnent une idée de la composition du score total (Activation vs Evitement). Il suffit alors d'additionner les scores obtenus à chaque item de l'échelle considérée. Il n'y a pas d'inversion dans la cotation pour les sous-échelles.

12.1.1 Passation initiale de l'échelle (niveau de base), le 2 février :



PATIENT : [redacted] DATE : 02 / 02 / 18

Échelle d'activation comportementale pour la dépression – Version courte

Veuillez lire attentivement chacun des énoncés suivants et entourer le nombre qui décrit le mieux à quel point l'énoncé est vrai pour vous, pour **la semaine écoulée, y compris aujourd'hui**.

	Pas du tout 0	1	Un peu 2	3	Beaucoup 4	5	Complètement 6	
1. Il y a eu des choses que je devais faire que je n'ai pas faites*.		X						5
2. Je suis content(e) de la quantité et du genre de choses que j'ai accomplies.			X					2
3. Je me suis livré(e) à de nombreuses activités différentes.				X				3
4. J'ai pris de bonnes décisions quant au genre d'activités et/ou de situations dans lesquelles je me suis engagé(e).					X			3
5. J'ai été une personne active et j'ai accompli les objectifs que je m'étais fixés.						X		5
6. La plupart des choses que j'ai faites avaient pour objectif d'échapper à quelque chose de désagréable ou à l'éviter*.					X			2
7. J'ai passé beaucoup de temps à ressasser mes problèmes*.							X	0
8. Je me suis livré(e) à des activités pour oublier que je ne me sentais pas bien*.							X	0
9. J'ai fait des choses qui étaient agréables.			X					2

22 / 54

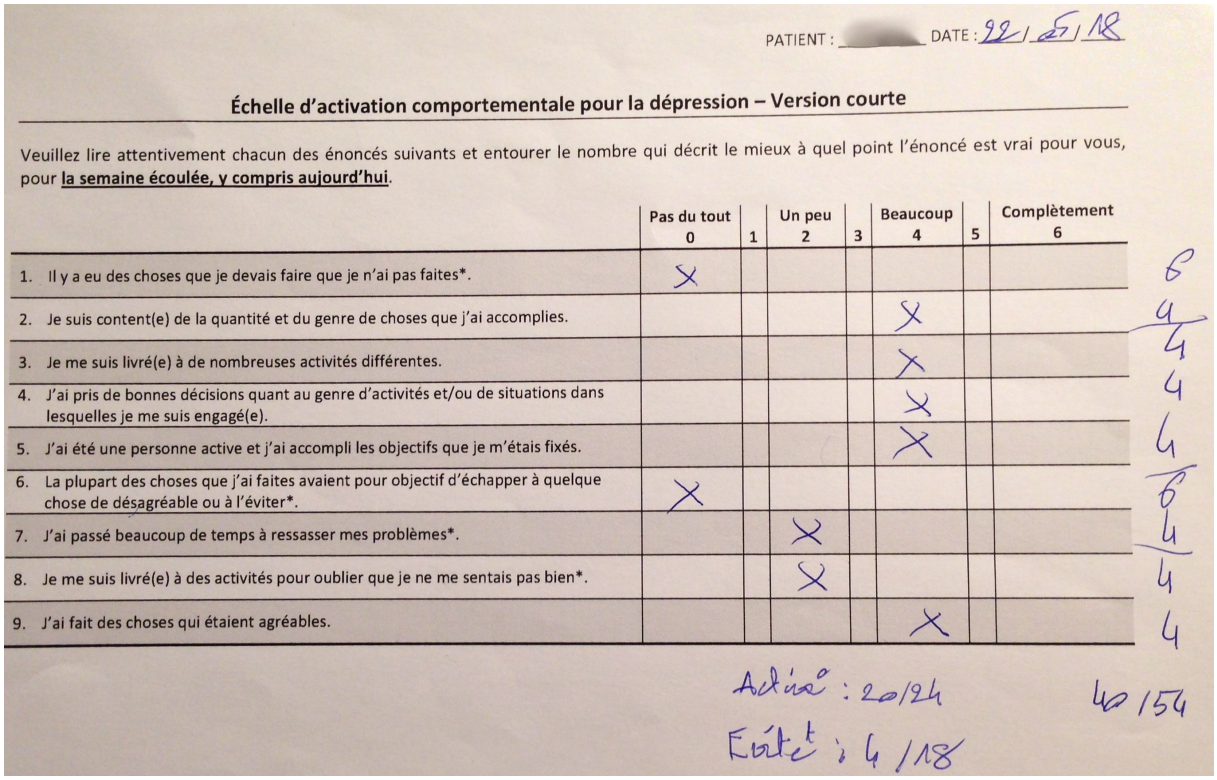
Activat° = 13 / 24

Evitem^t = 16 / 18

Illustration 3: Échelle d'activation comportementale pour la dépression – Niveau de base

Mme S. émet de nombreux comportements d'évitement (score 16/18).

12.1.2 Passation finale de l'échelle, le 22 mai :



PATIENT : [redacted] DATE : 22/05/18

Échelle d'activation comportementale pour la dépression – Version courte

Veuillez lire attentivement chacun des énoncés suivants et entourer le nombre qui décrit le mieux à quel point l'énoncé est vrai pour vous, pour **la semaine écoulée, y compris aujourd'hui**.

	Pas du tout 0	1	Un peu 2	3	Beaucoup 4	5	Complètement 6	
1. Il y a eu des choses que je devais faire que je n'ai pas faites*.	X							0
2. Je suis content(e) de la quantité et du genre de choses que j'ai accomplies.					X			4
3. Je me suis livré(e) à de nombreuses activités différentes.					X			4
4. J'ai pris de bonnes décisions quant au genre d'activités et/ou de situations dans lesquelles je me suis engagé(e).					X			4
5. J'ai été une personne active et j'ai accompli les objectifs que je m'étais fixés.					X			4
6. La plupart des choses que j'ai faites avaient pour objectif d'échapper à quelque chose de désagréable ou à l'éviter*.	X							0
7. J'ai passé beaucoup de temps à ressasser mes problèmes*.			X					4
8. Je me suis livré(e) à des activités pour oublier que je ne me sentais pas bien*.			X					4
9. J'ai fait des choses qui étaient agréables.					X			4

Activité : 20/24 40/54

Evité : 4/18

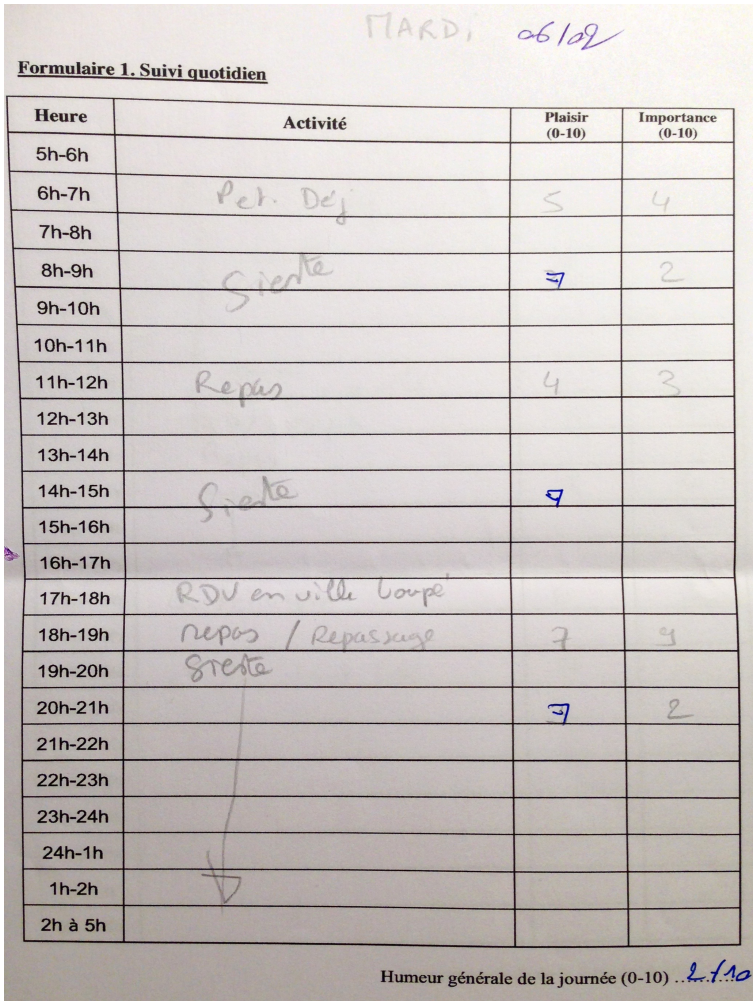
Illustration 4: Échelle d'activation comportementale pour la dépression – Niveau de fin

Le degré d'activité a fortement augmenté par rapport au niveau de base (de 13/24 à 20/24) et surtout les comportements d'évitement sont à présents peu fréquents (4/18 contre 16 /18).

12.2 Formulaire de suivi quotidien des activités

Conformément au BATD-R, il a été demandé à Mme S. de consigner ses activités quotidiennes en indiquant à la fois le plaisir perçu lors de l'activité et son importance subjective.

12.2.1 Première semaine de suivi : clinophilie



MARDI 06/02

Formulaire 1. Suivi quotidien

Heure	Activité	Plaisir (0-10)	Importance (0-10)
5h-6h			
6h-7h	Pet. Déj	5	4
7h-8h			
8h-9h	Sieste	7	2
9h-10h			
10h-11h			
11h-12h	Repas	4	3
12h-13h			
13h-14h			
14h-15h	Sieste	7	
15h-16h			
16h-17h			
17h-18h	RDV en ville Coupé		
18h-19h	repos / Repassage	7	9
19h-20h	Sieste		
20h-21h		7	2
21h-22h			
22h-23h			
23h-24h			
24h-1h			
1h-2h			
2h à 5h			

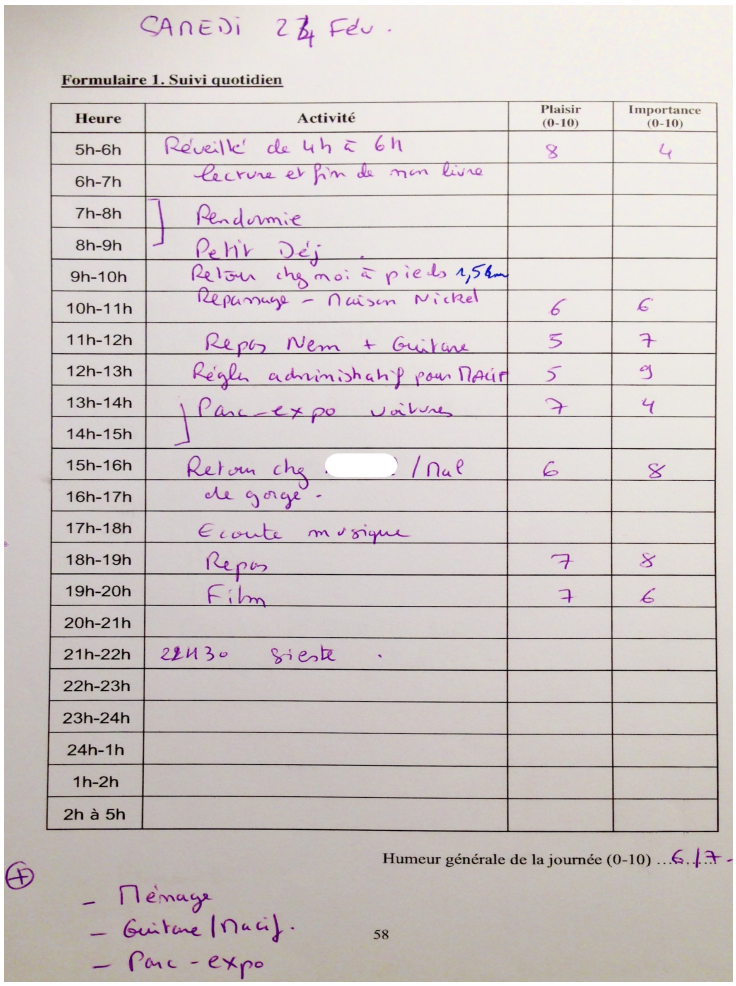
Humeur générale de la journée (0-10) ..2/10

Illustration 5: Suivi quotidien d'activité : mardi 06/02

Cette journée illustre la tendance de Mme S. à la clinophilie en semaine, lorsque son entourage ne la sollicite pas.

L'importance est faible mais le plaisir ressenti élevé. À ce stade de la thérapie Mme S. semble en définir l'importance principalement en introjectant la norme familiale et sociale.

12.2.2 4e semaine de suivi : le piège de l'excès d'activité



SAMEDI 24 Fév.

Formulaire 1. Suivi quotidien

Heure	Activité	Plaisir (0-10)	Importance (0-10)
5h-6h	Réveillé de 4h à 6h	8	4
6h-7h	lecture et fin de mon livre		
7h-8h	Rendormie		
8h-9h	Petit Déj.		
9h-10h	Retour chez moi à pieds 1,5km		
10h-11h	Repassage - Maison Nickel	6	6
11h-12h	Repos Nem + Guitare	5	7
12h-13h	Régler administratif pour MAIF	5	9
13h-14h	Parc-expo voitures	7	4
14h-15h			
15h-16h	Retour chez [redacted] / Mal	6	8
16h-17h	de gorge.		
17h-18h	Ecoute musique		
18h-19h	Repos	7	8
19h-20h	Film	7	6
20h-21h			
21h-22h	22h30 sieste.		
22h-23h			
23h-24h			
24h-1h			
1h-2h			
2h à 5h			

Humeur générale de la journée (0-10) ...6,17

+
- Ménage
- Guitare / Musif.
- Parc-expo

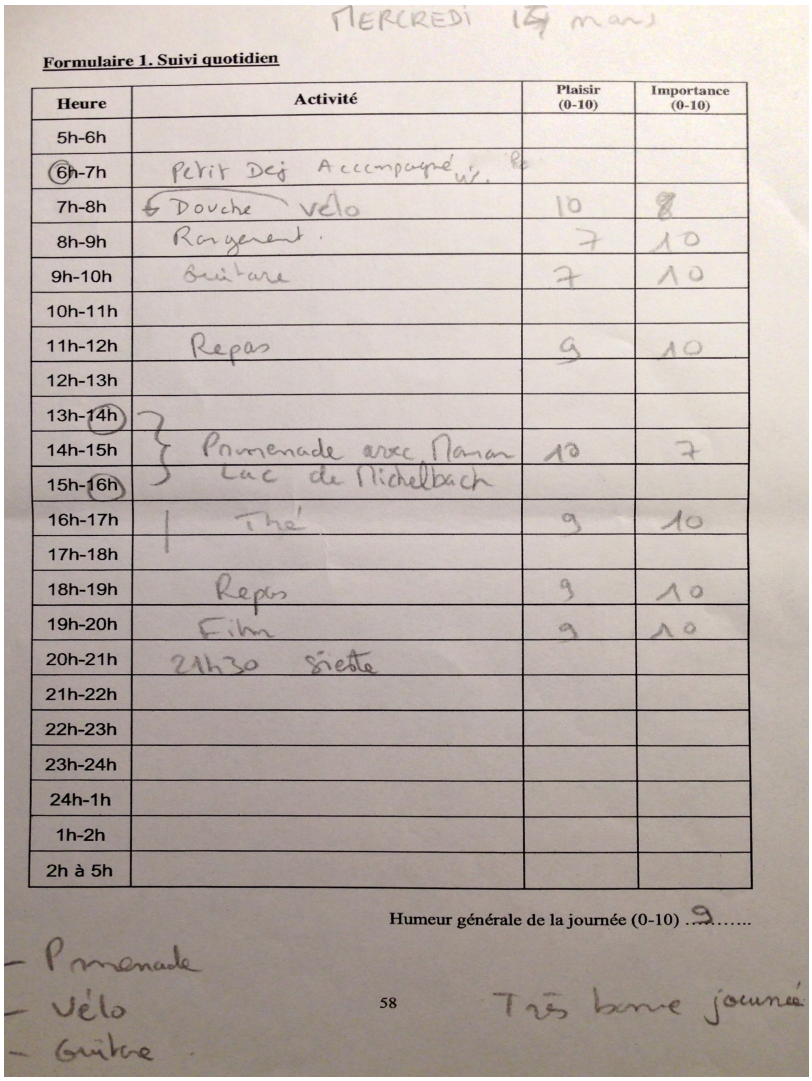
58

Illustration 6: Suivi quotidien d'activité : samedi 24/02

Cette journée illustre la tendance de Mme S. à être très active le samedi, ayant du mal à dire non aux sollicitations de son entourage. Si le plaisir ressenti lors de ces activités est réel, la patiente se sent toutefois très fatiguée en fin de journée et « *accuse le coup* » les journées suivantes.

Mme S. relève également en bas de page trois évènements « plaisants » de la journée. On note ici pour l'instant des tâches socialement valorisées mais dont le plaisir ne semble pas intrinsèque (faire le ménage, tâches administratives).

12.2.3 6e semaine de suivi : un planning plus équilibré



MERCREDI 14 mars

Formulaire 1. Suivi quotidien

Heure	Activité	Plaisir (0-10)	Importance (0-10)
5h-6h			
6h-7h	Petit Déj Accompagné w.		
7h-8h	Douche vélo	10	8
8h-9h	Rangement.	7	10
9h-10h	Guitare	7	10
10h-11h			
11h-12h	Repas	9	10
12h-13h			
13h-14h			
14h-15h	Promenade avec Maman	10	7
15h-16h	Lac de Michelbach		
16h-17h	Thé	9	10
17h-18h			
18h-19h	Repas	9	10
19h-20h	Film	9	10
20h-21h	21h30 sieste		
21h-22h			
22h-23h			
23h-24h			
24h-1h			
1h-2h			
2h à 5h			

Humeur générale de la journée (0-10) ....9.....

- Promenade
- Vélo
- Guitare

Très bonne journée

58

Illustration 7: Suivi quotidien d'activité : mercredi 14/03

A mesure de l'avancement de la thérapie, le formulaire de suivi quotidien fait ressortir des journées avec des activités à la fois plaisantes et en accord avec les besoins et valeurs de Mme S. : activité physique (vélo), apprendre à jouer de la guitare, être au contact de la nature et se préserver des moments de tranquillité (thé/film).

Le fait que Mme S. « cote fort » révèle sa tendance a percevoir les choses de façon dichotomique. Dans ce contexte le « 7/10 » d'importance de la promenade avec sa mère (alors que les autres activités sont presque toutes cotées 10/10) souligne que le contact avec sa famille reste délicat puisqu'elle s'y sent facilement jugée et dénigrée.

13 Principaux besoins

Voici une représentation graphique des principaux besoins identifiés à partir du travail réalisé en séance sur les valeurs de Mme S. dans plusieurs secteurs de vie. La consigne de départ a été d'imaginer pour chacun de ces secteurs de vie quelles activités Mme S. aimerait faire s'il n'y avait aucune contingence : pas de limite d'argent, de temps, ni de problème de santé. Les besoins ont été ensuite inférés et discutés avec Mme S. à partir de ces activités.

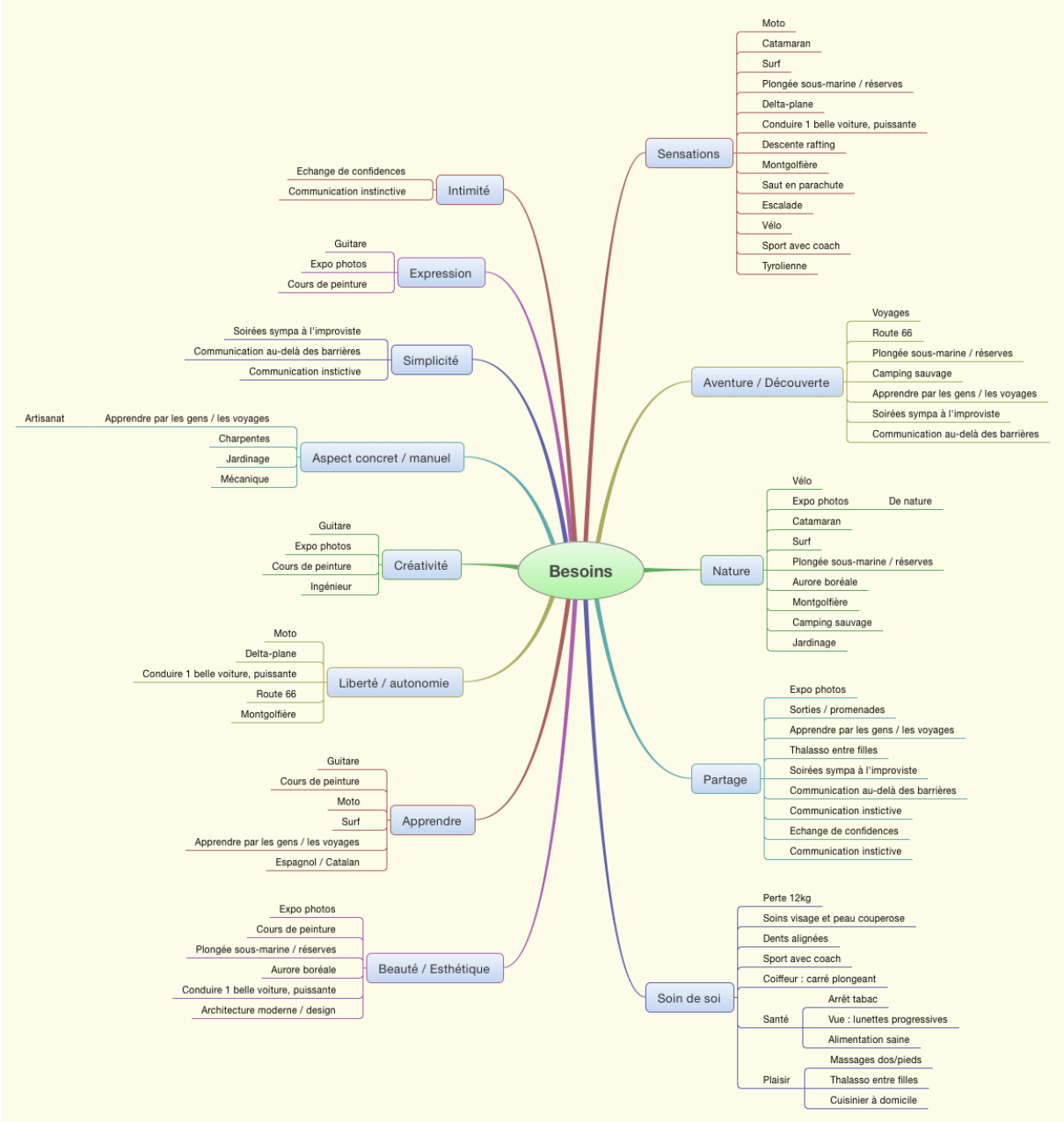
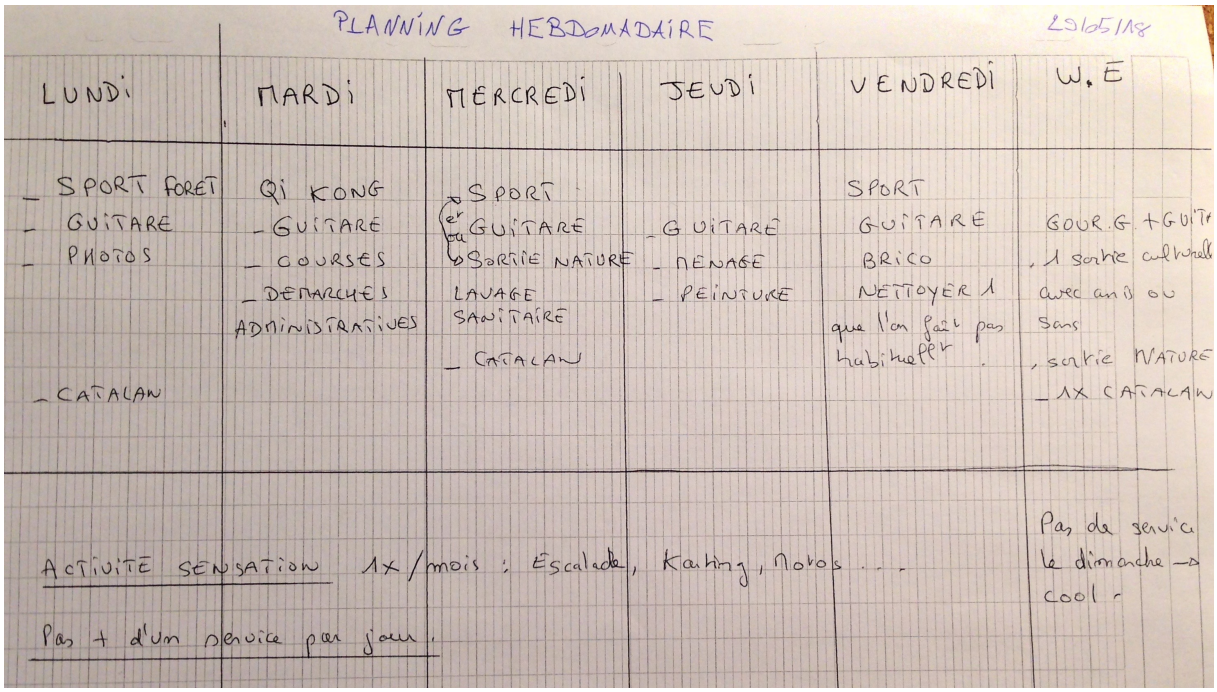


Illustration 8: Principaux besoins de Mme S.

Les besoins les plus importants sont listés dans le sens horaire en commençant par « Sensations » (recherche de) avec les activités à partir desquelles ils sont inférés. Une même activité peut refléter plusieurs besoins.

14 Planning prévisionnel d'activités hebdomadaires

Ci-dessous le planning final établi par Mme S. auquel elle voudrait se tenir jusqu'à sa reprise du travail (prévue en septembre). Il comporte les activités que Mme S. a choisies en relation avec les besoins et valeurs qui ont été mises au jour durant le travail thérapeutique.



PLANNING HEBDOMADAIRE 29/05/18

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	W.E
_ SPORT FORET _ GUITARE _ PHOTOS _ CATALAN	QI KONG _ GUITARE _ COURSES _ DEMARCHES ADMINISTRATIVES	SPORT GUITARE SORTIE NATURE LAVAGE SANITAIRE _ CATALAN	_ GUITARE _ MENAGE _ PEINTURE	SPORT GUITARE BRICO NETTOYER 1 que l'on fait pas habituellement.	GOUR.G + GUITA , 1 sortie culturell avec amis ou sans , sortie NATURE _ 1X CATALAN
ACTIVITE SENSATION 1x/mois : Escalade, Karting, Motos ... Pas + d'un service par jour.					Pas de service le dimanche → cool -

Illustration 9: Planning d'activités hebdomadaires final

Mme S. a également noté « *pas plus d'un service par jour* » et « *pas de service le dimanche* » pour veiller à se limiter dans sa tendance à rendre service aux autres pour surveiller l'activation de son schéma assujettissement.

15 Remboursement des psychothérapies pour les dépressions légères à modérées

L'Assurance Maladie expérimente en ce moment le remboursement des psychothérapies dans le cadre des dépressions légères à modérées (« Expérimentation du remboursement des psychothérapies | AFTCC », s. d.). Les psychologues souhaitant entrer dans ce protocole doivent accepter les contraintes imposées qui sont très limitantes :

- La première consultation est de 45 minutes, puis, le patient bénéficie de 10 consultations de 30 minutes dans le cadre d'une « thérapie de soutien », avec un rapport à envoyer au médecin. Le prix des consultations est de 22 euros.
- Sur avis du médecin, le psychologue peut proposer 10 nouvelles consultations de 45 minutes chacune pour une thérapie dite « structurée ». Le prix des consultations est de 32 euros.
- Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés.