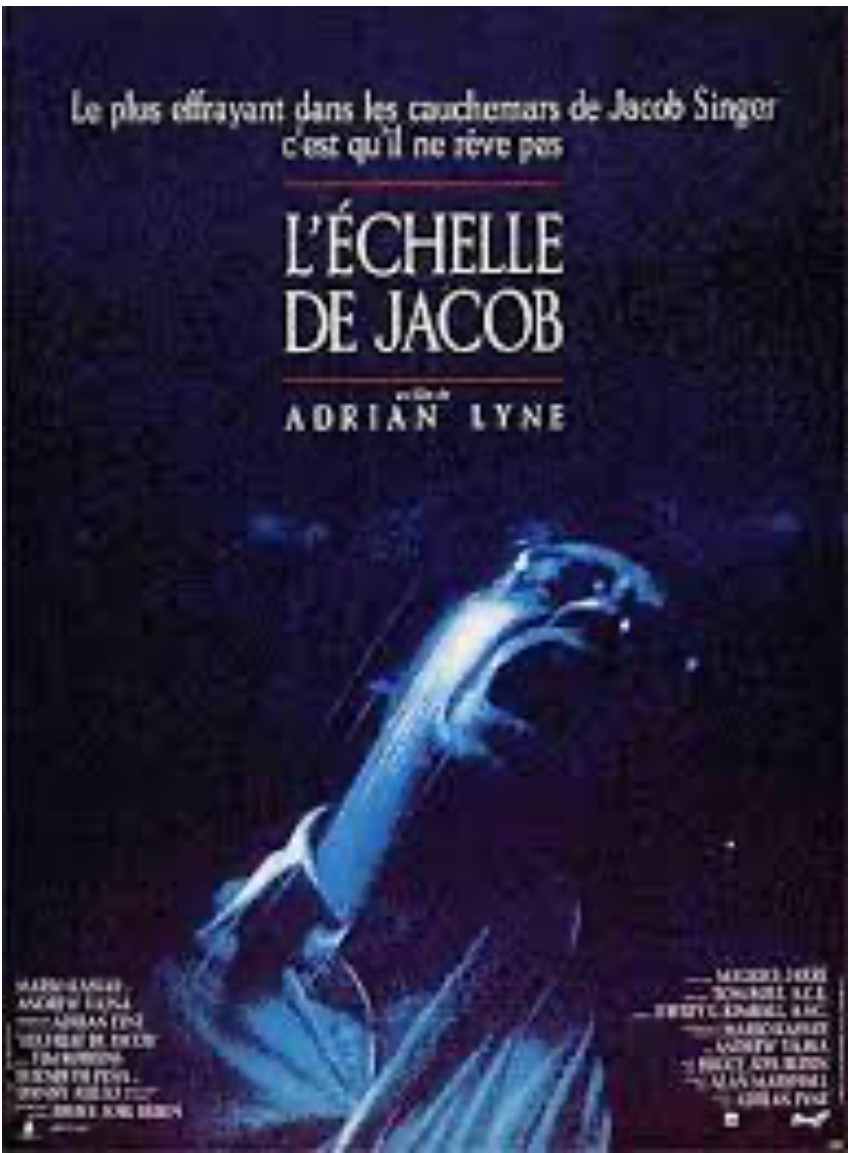


Repères en santé mentale : souffrance psychique, souffrance sociale, mise en échec, trauma, psychoses, démences

Contexte

- « *Profils des apprenants sont très variés* »
- « *Prioriser le savoir pratique au savoir théorique* »
- « *Privilégier les connaissances concrètes* »
- « *Illustrer le plus possible vos propos par des exemples ou des situations vécues* »
- « *Mettre le plus d'interactivité possible dans votre enseignement* »

Représentations, fantasmes, déformations...



Définitions

Définitions OMS de la Santé

- La santé est « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins »
- La santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »



Définitions

Définition OMS de la Santé mentale

- « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2004)
- Santé et bien-être mental sont présentés comme « indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence » (OMS, 2018)
- Chez l'enfant, l'accent est particulièrement mis sur leur développement : « sur l'acquisition d'un sentiment d'identité positif, sur la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, et de nouer des liens sociaux, ainsi que sur l'aptitude à apprendre et à acquérir une éducation, pour être capable à terme de participer pleinement et activement à la société ». (OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020))



Définitions

Définition OMS de la Santé mentale

- « si l'on se place dans une optique transculturelle, il est pratiquement impossible de donner une définition complète de la santé mentale » (OMS, 2001)



Définitions

Définition OMS des Troubles Mentaux

- « Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales ». (OMS, 2001)
- Les troubles mentaux comprennent une grande variété de problèmes, aux symptômes divers: « un ensemble hétérogène. Certains sont légers, d'autres graves ; tels ne durent que quelques semaines, tels autres toute la vie ; certains ne se détectent que par un examen approfondi, alors que d'autres sont patents, même pour un observateur non averti » (OMS, 2001)
- Ils « se caractérisent généralement par la combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de relations à l'autre considérés comme sortant de la norme » (OMS, CIM 10)
- Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. Les désordres mentaux et du comportement se manifestent par des symptômes et signes spécifiques et, si l'on n'intervient pas, suivent généralement une évolution naturelle plus ou moins prévisible. Une souffrance morale ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales; si tous les critères de base d'une pathologie bien déterminée ne sont pas réunis, il ne s'agit pas d'un trouble mental » (OMS, 2001)



Résumé

- ➔ la santé mentale fait **partie intégrante de la santé**
- ➔ la santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux
- ➔ la santé mentale est déterminée par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques
- ➔ la santé mentale peut **bénéficier de stratégies et d'interventions** d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer

Généralités

- Troubles psychiatriques = enjeu majeur de santé publique +++
 - **3ème rang des maladies les plus fréquentes**, après le cancer et les maladies cardiovasculaires
 - en France, **un individu sur cinq**, soit 12 millions de personnes, souffre d'au moins un trouble psychiatrique
 - dans le monde
 - 300 millions de personnes, souffrent d'épisode dépressif caractérisé
 - 60 millions de personnes souffrent de bipolarité
 - 23 millions de schizophrénie
 - prévalence des troubles psychiatriques en consultation de médecine générale +++ (environ 25 %)

Chez l'enfant et l'adolescent

- Prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents est estimée à 13 %
 - troubles anxieux : 8 %
 - trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à 5 %
 - troubles de l'humeur: 4 %
 - trouble oppositionnel avec provocation (TOP) : 3 %
 - Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA): 1 %

Généralités

- Troubles psychiatriques
 - sources de handicap / altération de la qualité de vie des individus ainsi que celle de leurs proches +++
 - un trouble mental augmente le risque de présenter au moins un autre trouble mental (épisode dépressif caractérisé, usage de substances, répercussions socio-professionnelles, accidents, suicide...)
 - comorbidités médicales non psychiatriques (maladies cardiovasculaires et respiratoires)
 - espérance de vie 20 % inférieure à celle constatée en population générale (16 ans chez les hommes / 13 ans chez les femmes)

Généralités

- Troubles psychiatriques
 - origine multifactorielle (comme toute pathologie médicale complexe)
 - identification de facteurs de risque
 - **facteurs non modifiables** : sexe, appartenance à une minorité, antécédents personnels et familiaux...
 - **facteurs pouvant faire l'objet de politiques de prévention et de soins** : troubles liés la consommation d'alcool, tabac et d'autres substances psychoactives, HTA, dyslipidémies, syndrome métabolique, obésité, sédentarité, diabète, problèmes dentaires...

Généralités

- Distinction entre des **facteurs environnementaux** et des **facteurs génétiques**
 - facteurs environnementaux = toute caractéristique « environnant » le gène (donc non génétique) depuis les facteurs biologiques cellulaires, jusqu'à l'environnement social
 - facteurs génétiques = liés au matériel ADN → peut être héritable
- ⚠ les facteurs génétiques et environnementaux peuvent interagir

Généralités







- Facteurs de risque, de stress et de prévention, vulnérabilité
 - **facteur de risque** génétique et/ou environnemental : facteur augmentant la probabilité de développer une maladie
 - survenue du trouble non automatique chez les personnes exposées à un facteur de risque donné
 - le trouble peut également survenir en son absence
 - **facteurs de stress** = changement dans l'équilibre environnemental (bio-psycho-social) du sujet
 - **facteur protecteur** génétique et/ou environnemental (facteurs de prévention) : facteur diminuant la probabilité de survenue d'une maladie
 - notion de « **vulnérabilité** » = caractéristique individuelle en fonction de la présence actuelle ou passée à un ou plusieurs facteurs de risque ou protecteur génétiques et/ou environnementaux

Généralités

- Facteurs de risque

- **sociaux** (familial, professionnel, scolaire, etc.): maltraitance, carence affective, négligence, violences physiques et psychologiques, abus sexuel, conditions de travail difficile, deuil, isolement et précarité, discrimination et stigmatisation, guerre, catastrophes naturelles...
- **environnementaux** : pollutions atmosphérique (particules fines), sonore, électromagnétique, chimique (pesticides), perturbateurs endocriniens...
- **biologiques** : antécédents personnels ou familiaux de pathologies médicales chroniques (psychiatriques ou non) ; substances psychoactives...
- **génétiques**
 - antécédents familiaux de troubles psychiatriques (= suggèrent une vulnérabilité génétique)
 - présence d'une vulnérabilité personnelle génétique (anomalies chromosomiques ou génétiques)
- **psychologiques** : personnalité, altération des capacités cognitives, niveau intellectuel

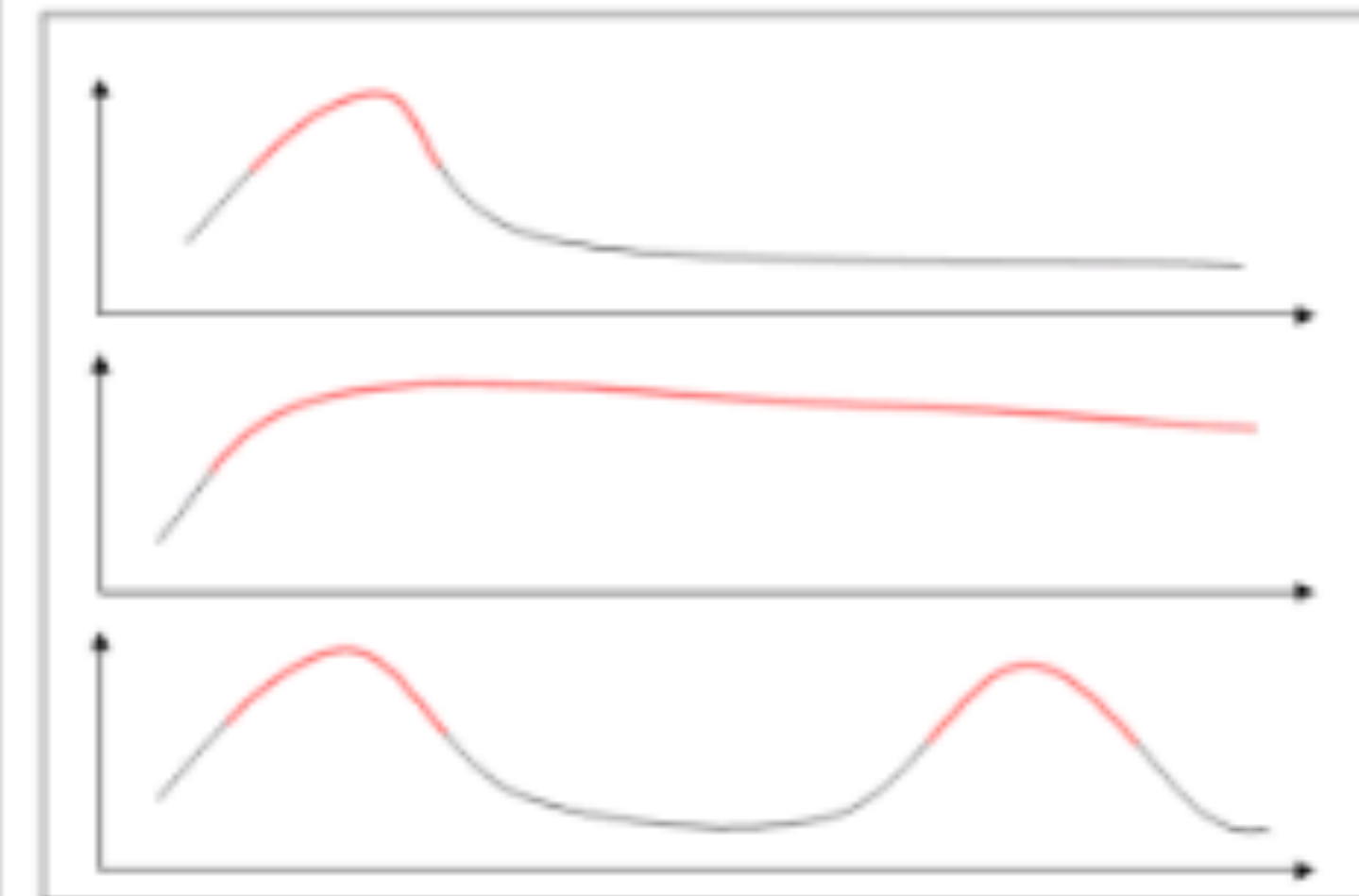
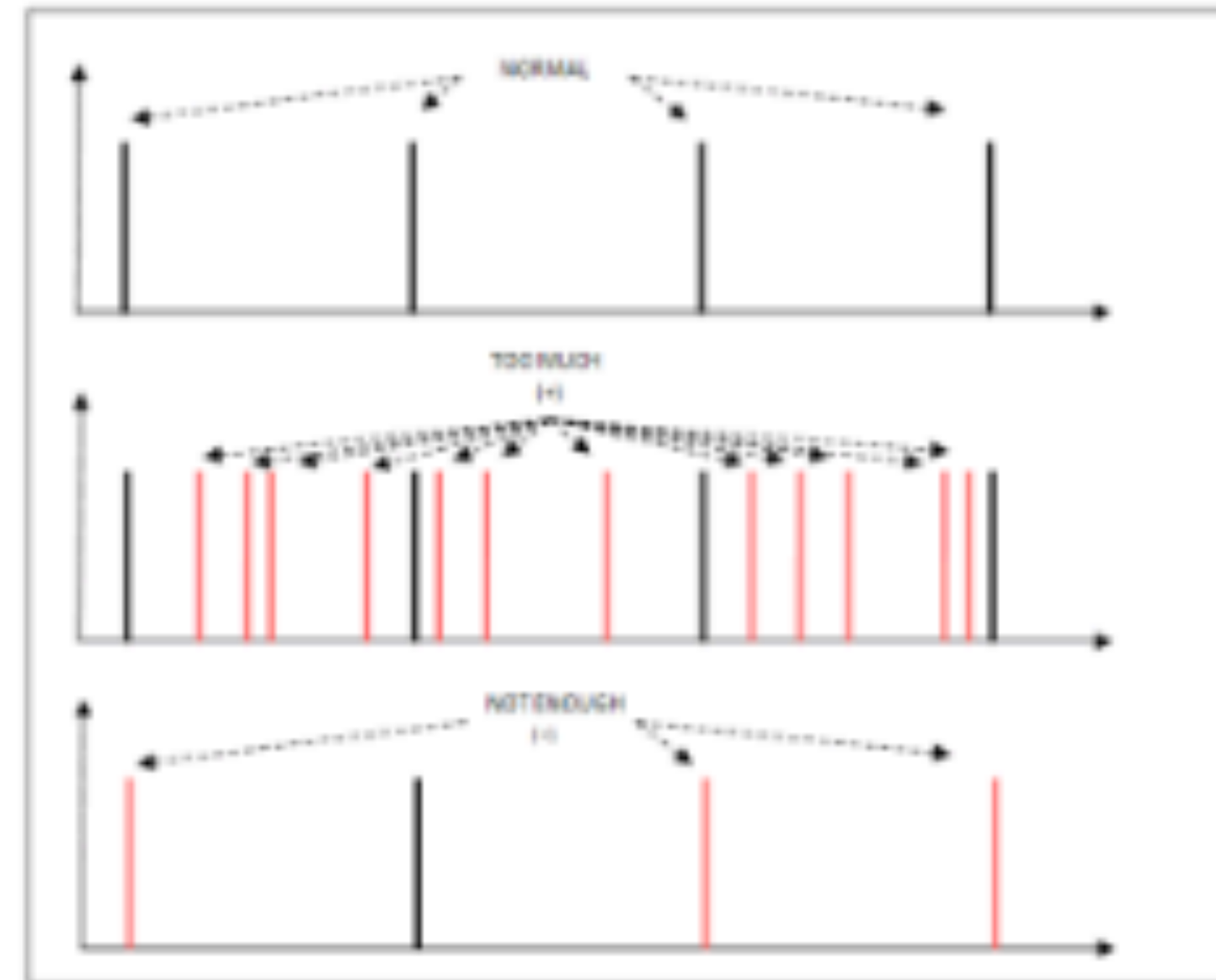
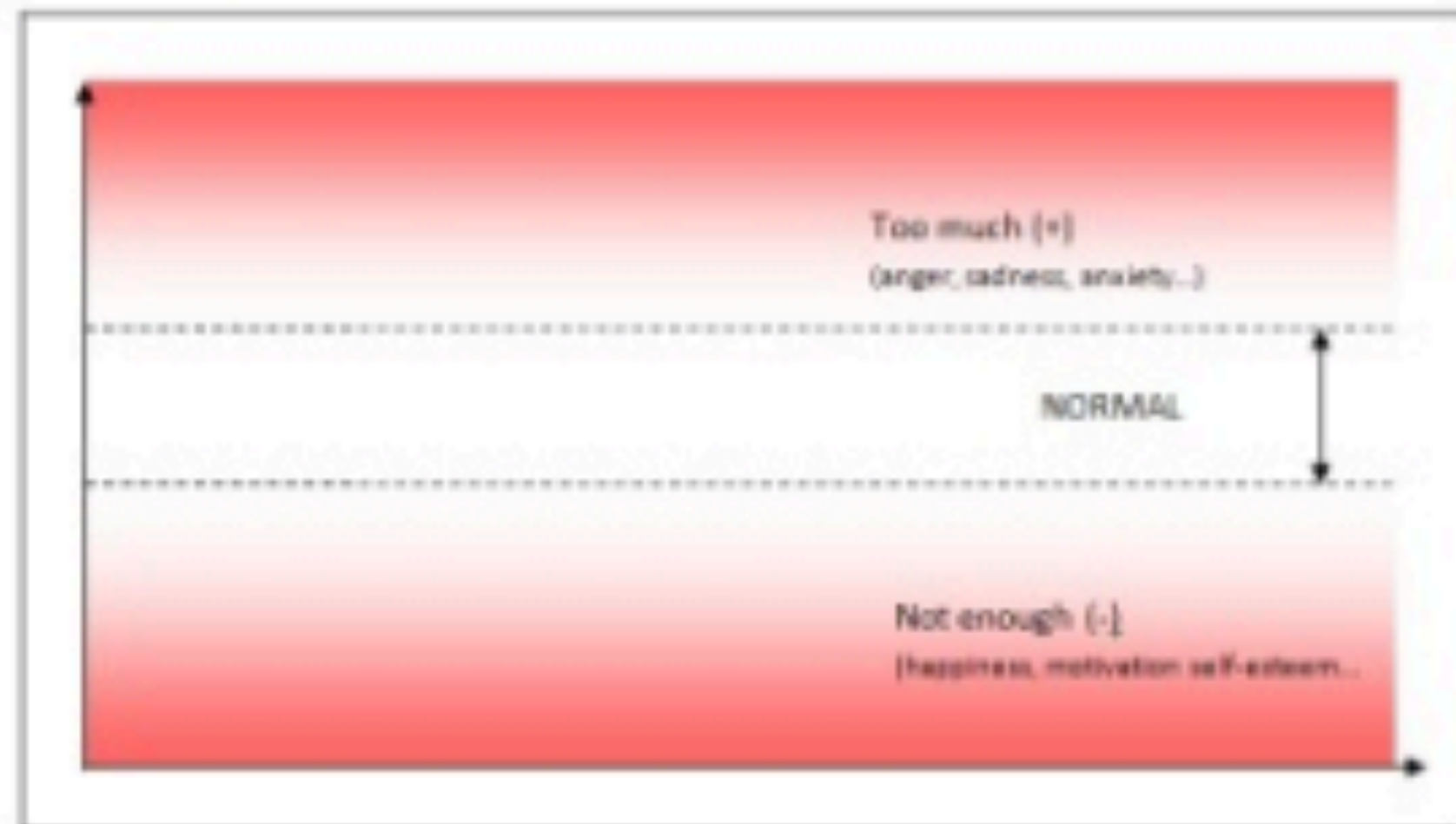
Généralités

- Facteurs de risque plus particulièrement liés à l'âge de l'individu
 -    l'exposition à des facteurs de risque de la période périnatale et l'adolescence (périodes critiques ++)
augmente le risque que la vulnérabilité   
 - impact moindre à d'autres périodes de la vie

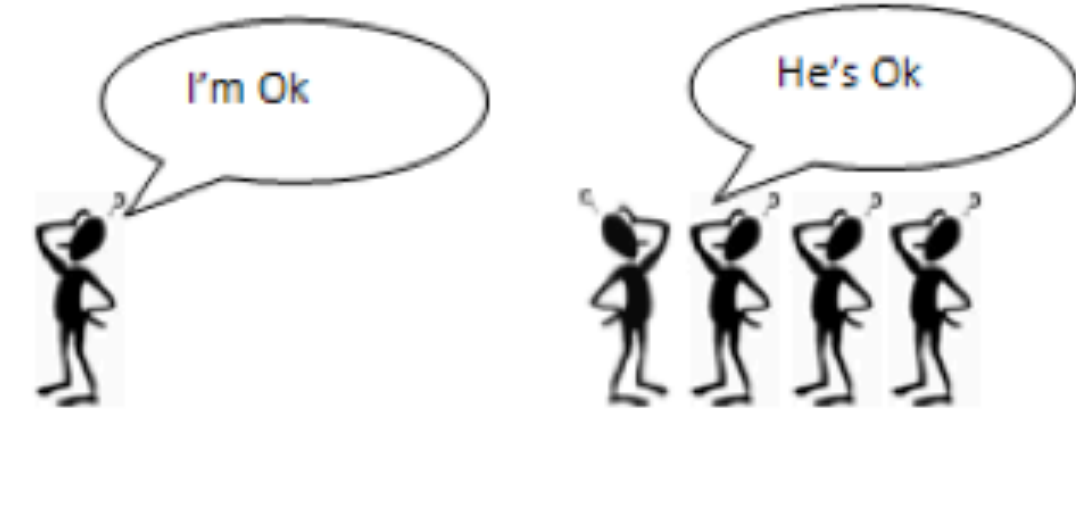


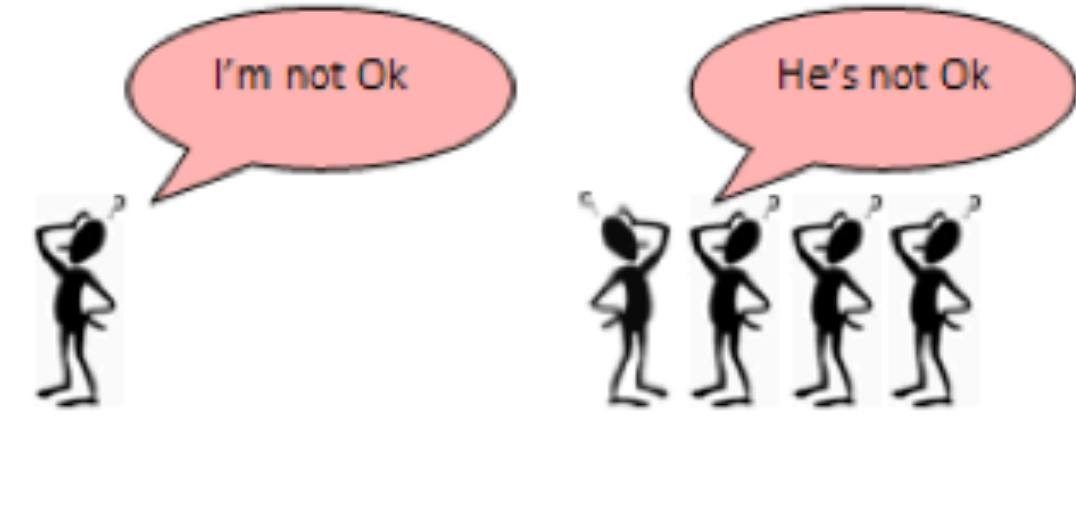
Généralités

- **période périnatale** : élément pouvant altérer le développement pendant et après la grossesse (exposition à certains médicaments, agents infectieux, malnutrition, consommation d'alcool et autres substances psychoactives, stress maternel (dont violences conjugales), complications de l'accouchement, prématurité...)
- **enfance**
 - problématiques développementales : anomalies du développement cognitif, affectif et relationnel, malnutrition
 - problématiques familiales : maltraitance, négligence, abus sexuels, troubles psychiatriques présents chez les parents ;
 - problématiques scolaires : échec scolaire et absentéisme scolaire
- **adolescence**
 - environnement social potentiellement source de stress (comme chez l'enfant)
 - usage de substances psychoactives
- **âge adulte**
 - environnement social (en particulier professionnel) source de stress (chômage, harcèlement, violences conjugales et interpersonnelles, précarité économique, etc.)
 - évènement de vie difficile aigu ou chronique : accident, maladie, deuil, etc.
 - usage de substances psychoactives
- **sujet âgé**
 - diminution des capacités perceptuelles ou cognitives
 - situation d'isolement social et familial (deuil, veuvage...)
 - environnement social source de stress (maltraitance, négligence, douleur mal prise en charge...)

Normal / Pathologique ?



Normal / Pathologique ?

 <p>I'm Ok</p> <p>He's Ok</p>	→ May have NO problem
 <p>I'm not Ok</p> <p>He's Ok</p>	→ May have PROBLEM
 <p>I'm Ok</p> <p>He's not Ok</p>	→ May have PROBLEM
 <p>I'm not Ok</p> <p>He's not Ok</p>	→ May have PROBLEM

Classification nosographique ICD-11

1. Troubles neuro-développementaux
2. Schizophrénie ou autres troubles psychotiques
3. Catatonie
4. Troubles de l'humeur
5. Troubles anxieux ou liés à la peur
6. Troubles obsessionnels compulsifs ou apparentés
7. Troubles spécifiquement associés au stress
8. Troubles dissociatifs
9. Troubles de l'alimentation ou de la nutrition
10. Troubles de l'élimination
11. Troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle
12. Troubles dus à l'utilisation de substances ou à des conduites addictives
13. Troubles du contrôle des impulsions
14. Comportement perturbateur ou troubles dissociatifs
15. Troubles de la personnalité et caractéristiques apparentées
16. Troubles paraphiliques
17. Troubles factices
18. Troubles neurocognitifs
19. Troubles mentaux ou du comportement associés à la grossesse, à l'accouchement ou à la puerpéralité

De la sémiologie au trouble

Un **signe** est une observation clinique « objective »
(ex. *le ralentissement psychomoteur*)



Un **symptôme** est une expérience « subjective »
décrite par le patient (ex. *l'humeur dépressive*)



Un **syndrome** est un ensemble de signes et
symptômes formant un ensemble reconnaissable
(ex. *l'épisode dépressif caractérisé*)

De la sémiologie au trouble

Huit domaines sémiologiques de l'examen clinique psychiatrique

1. La présentation

2. Le langage et la pensée

3. La perception

4. L'attention et la mémoire

5. L'affectivité

6. Les fonctions physiologiques

7. Le comportement

8. Le jugement et conscience du trouble

De la sémiologie au trouble

Exploration de huit domaines sémiologiques de l'examen clinique psychiatrique

1. La présentation (contact, apparence, mimique, activités psychomotrices...)

- apparence extravagante, empruntée ou bizarre, incurie...
- hypermimie, hypomimie, amimie, dysmimie, paramimie, échomimie, grimace...
- (↗) accélération psychomotrice, agitation motrice, hyperactivité, hyperkinésie, tasykinésie, akathisie, dyskinésie, hypertonie, dystonie, réaction de sursaut, impulsivité, raptus / (↘) ralentissement psychomoteur, bradykinésie, stupeur, prise de posture, catalepsie flexibilité cireuse, négativisme / (↔) maniérisme, parakinésies, stéréotypies motrices, échopraxie, persévérations motrices, répétition motrice...

2. Le langage et la pensée

- (↗) logorrhée, tachyphémie... (↘) pauvreté du discours, réponses laconiques, alogie, bradyphémie
- (↗) tachypsychie, fuite des idées, relâchement des associations (coq à l'âne), associations par assonance... (↘) bradypsychie, monoïdéisme, anidéisme... (↔) barrage, fading, discours incohérents, digressions, tangentiel, circumlocutoire, allusif, diffluent, répétitif...
- voix monocorde, voire aprosodie, prosodie augmentée, prosodie altérée (dysprosodie)
- écholalie, stéréotypie verbale, palilalie, néologismes, paralogisme, schizophasie
- idée délirante (thème, mécanisme, systématisation, adhésion, répercussion émotionnelle et comportementale...)
- idées anxieuses (événement traumatique, idées obsessionnelles, idée phobique, ruminations...)
- idées liées à l'humeur ((↗) idées positives sur soi (idée de grandeur, toute puissance, augmentation estime de soi, optimisme démesuré, invincibilité... / (↘) idée négative sur soi, idée de culpabilité, honte, regret, auto dépréciation, péjoration de l'avenir, incurabilité, idée de mort, idées suicidaires...

3. La perception

- hallucinations (intrapsychiques, sensorielles), illusions, hypersensibilité ou hyperesthésie sensorielle, hyposensibilité ou hypoesthésie sensorielle, perceptions dissociées : déréalisation (sentiment d'étrangeté ou d'irréalité), dépersonnalisation

4. L'attention et la mémoire

- (↗) hyperprosexie, hypervigilance (↘) hypoprosexie, distractibilité
- remémorations, reviviscences, flashbacks
- amnésie, paramnésie, oubli, erreur, perte, lenteur d'exécution, difficulté d'organisation

De la sémiologie au trouble

Exploration de huit domaines sémiologiques de l'examen clinique psychiatrique

5. L'affectivité

- émotions
 - peur, colère, anxiété
 - (↗) hyperesthésie affective, labilité affective... (↘) hypoesthésie affective, anesthésie affective, affects restreints... (↔)... discordance idéo-affective, réaction affective inappropriée, ambivalente affective, craving, anhédonie, hyperhédonie, désinhibition
- humeur
 - (↗) hyperthymie, hypersyntonie, irritabilité, aboulie, apragmatisme... (↘) hypothymie, dysphorique, athymie... (↔) labilité/versatilité de l'humeur

6. Les fonctions physiologiques

- sommeil : insomnie, hypersomnolence, cauchemars, sensation de suffocations nocturnes, réveil nocturne, réveil précoce, fatigue matinale...
- alimentation: anorexie, hyperphagie...
- sexualité : baisse ou augmentation du désir sexuel, baisse ou augmentation de l'excitation sexuelle...
- neurovégétatif : palpitations, éréthisme cardiaque, tachycardie, tachypnée, douleur/gêne thoracique, sensation d'étranglement/d'étouffement/de souffle coupé, nausée/gêne abdominale, constipation, vertige instabilité, sentiment d'évanouissement tête vide, paresthésies, tremblements, tension/secousses musculaires, frissons, hypersudation, bouffées de chaleur...

7. Le comportement

- évitements, compulsions, comportements suicidaires, comportements ordaliques...
- (↗) comportement désinhibé avec ludisme, familiarité, causticité... (↘) clinophilie, retrait social, déficit de réciprocité sociale ; agressivité, impulsivité, agressivité, accès de colère, atteinte aux mœurs, conduite à risque et conduite auto ou hétéro agressive (↔) bizarreries comportementales, comportements insolites, hermétiques, immotivés, étranges

8. Le jugement et conscience du trouble

- (↘) carence de jugement (↔) fausseté du jugement, pensée illogique, paralogique, rationalisme morbide, capacité d'abstraction altérée,
- insight

De la sémiologie au trouble

Principaux syndromes psychiatriques

- Syndrome positif (idées délirantes et hallucinations)
- Syndrome négatif
- Syndrome de désorganisation
- Syndrome thymique
- Syndrome anxieux
- Syndrome dissociatif
- Syndrome suicidaire
- Syndrome catatonique
- Syndrome d'agitation
- etc...

Chez l'enfant:

- Syndrome d'hyperactivité
- Syndrome d'inattention
- Syndrome autistique

De la sémiologie au trouble

Principaux troubles mentaux psychiatriques (CIM-11)

Troubles neurodéveloppementaux

- troubles du développement intellectuel, troubles du développement de la parole ou du langage, troubles du spectre de l'autisme, trouble d'apprentissage du développement, TDA/H...

Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires

- schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble psychotique aigu et transitoire, trouble délirant...

Troubles de l'humeur

- troubles bipolaires, troubles dépressifs

Troubles anxieux ou liés à la peur

- trouble d'anxiété généralisée, trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, trouble d'anxiété sociale...

Troubles obsessionnels compulsifs ou apparentés

Troubles spécifiquement associés au stress (PTSD, PTSDc...)

Troubles dissociatifs

Troubles de l'alimentation

Troubles de l'élimination

Troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle

Troubles dus à l'utilisation de substances ou à des conduites addictives

Troubles du contrôle des impulsions

Comportement perturbateur ou troubles dissociatifs

Troubles de la personnalité et caractéristiques apparentées

Troubles paraphiliques

Troubles factices

Troubles neurocognitifs

Troubles mentaux ou du comportement associés à la grossesse, à l'accouchement ou à la puerpéralité

La Personnalité

- Ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement psychologique d'un individu : c'est sa signature psychologique
- Elle résulte de l'intégration de facteurs cognitifs et émotionnels
- Physiopathologie complexe : interaction de facteurs de vulnérabilité génétiques et de facteurs environnementaux (traumatismes infantiles, négligences physiques ou émotionnelles dans l'enfance, etc.).

.

La Personnalité

- « Stable » mais la personnalité « normale » est également souple et adaptable: plasticité permettant à la personnalité d'évoluer au gré des expériences de la vie!
 - Ainsi, on peut distinguer deux dimensions dans la personnalité:
 - le « tempérament », qui renvoie aux aspects biologiques, innés et stables de la personnalité
 - le « caractère », susceptible de varier au cours du temps / fait référence aux aspects de la personnalité déterminées par les expériences de la vie et l'apprentissage social

La Personnalité

- La personnalité est composée de traits de personnalité qui constituent les différentes caractéristiques de la personnalité, et sont donc eux aussi relativement stables dans le temps:
 - la perception de l'environnement
 - la gestion des relations interpersonnelles
 - la façon de se percevoir
 - de se penser soi-même...

- On les retrouve alors impliqués dans un large éventail de situations sociales, individuelles, sentimentales, professionnelles...

Les Troubles de la Personnalité

- Malgré les difficultés rencontrées dans différents domaines (personnels ou professionnels), la rigidité du fonctionnement fait que les sujets sont « incapables de modifier leur comportement ou leur façon de penser, même lorsqu'ils sont confrontés à la preuve que leur façon de faire est inefficace ». (DSM 5)
 - On retrouve alors « des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée », et touchent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique engendrant une altération du fonctionnement personnel et social d'intensité variable.
- Toutefois, comme avec la personnalité normale, le rapport entre stabilité des troubles de la personnalité et leur adaptabilité aux événements de la vie
 - ➔ le patient peut la plupart du temps préserver certains domaines de ses difficultés.

Résumé

- ➔ rigides / durables / stable dans le temps, avec toutefois une notion malgré tout d'évolution et d'adaptabilité
- ➔ causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement personnel et social
- ➔ touchent un ou plusieurs des domaines suivants: la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel ou le contrôle des impulsions
- ➔ inadaptés / dévient de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, son environnement social et l'état développemental normal (p. ex. adolescence ou âge avancé)
- ➔ a débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte
- ➔ doivent être distingués des éléments qui apparaissent en réponse à des situations de stress spécifiques
- ➔ non expliqué par autre trouble mental (p. ex. troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux...)
- ➔ pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (drogue, médicament, substance toxique) ou d'une autre affection médicale

DSM-5

Cluster	Caractéristique principale	Troubles de personnalité
A	Psychotique	Personnalité paranoïaque Personnalité schizoïde Personnalité schizotypique
B	Émotionnelle	Personnalité antisociale Personnalité borderline Personnalité histrionique Personnalité narcissique
C	Anxieuse	Personnalité évitante Personnalité dépendante Personnalité obsessionnelle-compulsive

Sévérité

(CIM-11)

	TdP léger	TdP modéré	TdP grave ou sévère
Domaines affectés	Certains domaines du fonctionnement de la personnalité mais pas d'autres	Plusieurs domaines du fonctionnement de la personnalité affectés	La plupart, sinon la totalité, des domaines du fonctionnement de la personnalité.
Domaines préservés	Certains domaines du fonctionnement de la personnalité/relations interpersonnelles/rôles professionnels et sociaux préservés	Certains domaines du fonctionnement de la personnalité peuvent être relativement moins affectés	Problèmes de fonctionnement interpersonnel affectent toutes les relations de façon sérieuse
Conséquence personnelles ou sociales	Pas apparents dans certains contextes	Vie sociale et professionnelle est plus ou moins compromise	Rôles sociaux et professionnels absentes ou gravement compromis
Auto/ Hétéroagressivité	Pas associé à un préjudice important pour soi-même ou pour les autres	Parfois associé à une atteinte à soi-même ou à autrui	Souvent associé à des dommages à soi-même ou à autrui

Epidémiologie

- En France, la prévalence des troubles de personnalité à environ 10% de la population générale (*Collège de Psychiatrie*)
 - Le trouble de personnalité borderline apparaît comme le plus fréquent (6 %)
 - Les autres troubles de personnalité concernent entre 1 et 3 % de la population générale
- Aux Etats-Unis, approximativement 15 % de la population adulte souffrirait d'au moins un trouble de la personnalité (Grant et al. 2004)
- Selon le DSM-5, le groupe A concernerait 5,7 % de la population, le groupe B 1,5 %, le groupe C 6 %
- Au niveau de la répartition selon le genre (DSM-5)
 - troubles de la personnalité antisociale plus fréquemment diagnostiqués chez les hommes
 - les personnalités borderline, histrionique et dépendante diagnostiqués plus fréquemment chez les femmes

Prise en charge

La prise en charge des troubles de la personnalité est d'emblée qualifiée de « [pouvant] être complexe » par le Collège de Psychiatrie (2021).

- Traitement des comorbidités psychiatriques: anxiolyse / AD...
- Traitement des comorbidités addictologiques
- Activités thérapeutiques: ergothérapie
- Psychothérapie +++++

Points principaux à retenir

« La prise en charge des troubles mentaux et du comportement – plus encore peut-être que celle des autres pathologies – nécessite un équilibre entre trois composantes fondamentales :

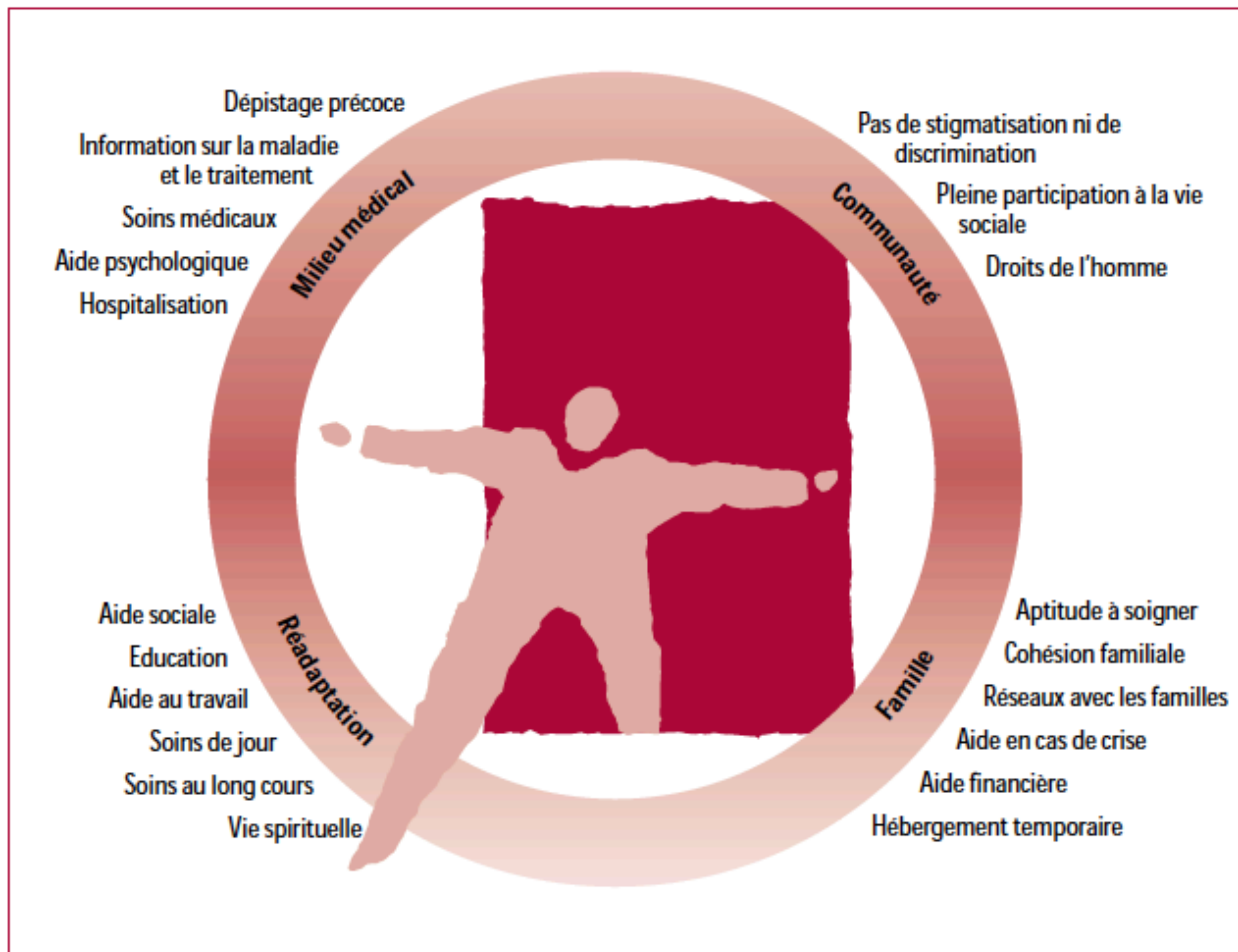
- le traitement médicamenteux (ou la pharmacothérapie),
- la psychothérapie
- et la réadaptation psychosociale.

Une prise en charge rationnelle des troubles mentaux et du comportement suppose un habile dosage de chacune de ces composantes. Leurs proportions varient en fonction non seulement du diagnostic principal, mais aussi de la présence éventuelle d'une comorbidité physique ou mentale, de l'âge du patient et du stade de la maladie.

En d'autres termes, le traitement doit être adapté aux besoins individuels, lesquels changent à mesure que la maladie évolue et que les conditions de vie du patient se transforment ».

(OMS, 2001)

Figure 3.1 Besoins des personnes atteintes de troubles mentaux



Niveaux de relation d'aide

Classement des psychothérapies en fonction du moment d'intervention
(Caplan, 1964 / Hubert, 2000)

1. La première consiste dans l'épanouissement et la promotion de la santé
2. La prévention constitue une deuxième fin, le but étant ici moins la promotion de la santé que de prévenir des troubles
3. Le traitement ou la thérapie des troubles déjà manifeste est la troisième fin.
4. La réhabilitation est la quatrième fin poursuivie ; elle vise à empêcher ou à diminuer les conséquences déjà manifeste et traitée (éventuellement inguérissable)

Niveaux de relation d'aide

Classement des psychothérapies en fonction du degré de changement (Hubert, 2000)

1. Prévention, réhabilitation et conseil

- approches « relativement limitées »
- aide à voir plus clairement un problème plus ou moins spécifique et à se décider pour une tentative de solution
- problèmes qui se posent au niveau du réel (choix des études, d'une profession) ne sont naturellement pas sans lien avec la personnalité et le contexte de vie du consultant et peuvent déboucher sur un accompagnement sous forme de *counseling* (c'est à dire un conseil plus ou moins spécifique) ou de *guidance* (c'est à dire un conseil prenant des formes plus directives) ou sur une *psychothérapie*

2. Intervention de crise et accompagnement

3. Psychothérapie au sens restreint

- objectif plus large et plus complexe
- vise non seulement la modification d'une ou plusieurs fonctions, attitudes et comportements, mais bien une restructuration plus ou moins poussée de l'ensemble des comportements (et donc de la personnalité).
- implication personnelle, exploration, mise en question de soi-même plus poussée

Niveaux de relation d'aide

Classement des psychothérapies en fonction du **type de cadre** (Garonne, 1985 / Chambon, Marie-Cardine, 2003 / Pichot, 2003)

1. Niveau 1

- « aide psychologique de la vie courante (...) relations familiales, amicales et sociales de la vie quotidienne »
- « aide psychologique de la vie courante, sorte de psychothérapie du profane, fondée sur le bon sens et réalisée dans le milieu naturel en utilisant les aptitudes psychologiques spontanées présentes chez toute personne humaine ».

2. Niveau 2

- « processus relationnel inscrit dans un cadre spécifique mais qui correspond à un but différent du changement psychologique (...) effets psychologiques liés à d'autres pratiques professionnelles (assistantes sociales, éducateurs, avocats, enseignants, prêtres...). Dans toutes ces pratiques, il existe bien un cadre, très nettement défini, théorisé, guidant la pratique, mais le contrat qui lie le praticien à son patient ou à son client selon les cas, n'implique pas explicitement ces effets psychologiques qui peuvent souvent prendre pourtant une importance prédominante » / « le cadre et le processus ne sont pas homogènes »
- « mise en place délibérée et active d'un processus relationnel dans un cadre spécifique construit grâce à des « attitudes psychothérapeutiques » qui sont celles qu'enseigne la psychologie médicale lors de la formation de tout médecin »

Niveaux de relation d'aide

Classement des psychothérapies en fonction du type de cadre (Garonne, 1985 / Chambon, Marie-Cardine, 2003 / Pichot, 2003)

3. Niveau 3

- « ensemble des psychothérapies spécifiques et systématisées » / « le cadre, le processus et le contrat ont parfaitement homogènes »
- « distinction entre deux extrêmes d'un même continuum : conseil (counselling) ou niveau IIIa / psychothérapie ou niveau IIIb »
 - Selon qu'il s'agisse d'une activité de conseil ou de psychothérapie, on aura affaire à :
 - des clients jouissant d'une expérience de soi dans l'ensemble non pathologique versus gravement perturbée,
 - qui présenteront des comportements problématiques de nature essentiellement instrumentale versus personnelle et affective,
 - relevant plutôt de l'actualité versus du développement ;
 - leur demande de consultation sera spécifique, concrète et claire versus complexe ».
- psychothérapies proprement dites, ou psychothérapies codifiées / « le contrat, le processus et les techniques relationnelles sont parfaitement congruentes »
 - « techniques psychologiques systématisées fondées sur un corpus de connaissances théoriques et empiriques bien spécifiées et faisant l'objet d'un contrat de soins explicite entre le thérapeute et son patient » / plusieurs types:
 - selon leur référence théorique (psychothérapie d'inspiration psychanalytique, psychothérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie systémique, humaniste)
 - selon le moyen de communication privilégié (verbale, non verbale, corporelle)
 - selon le nombre de personnes concernées (individuelle, de couple ou de groupe)

4. Niveau 4

- « Psychothérapie intégratives et éclectiques »

5. Niveau 5

- « Psychothérapies institutionnelles »: asile, hôpitaux psychiatriques, cliniques communautaires, secteurs psychiatriques

Qu'est-ce que la psychothérapie?



- Au carrefour de beaucoup de disciplines
 - Beaucoup de types de thérapies différents
 - Utilisées dans des cas très différents
- Difficile à définir avec une définition unique

Points principaux à retenir

1. Traitement pour trouble mental / comportemental / émotionnel / relationnel / organique...: → notion de pathologie, de souffrance
2. Processus interactionnel (ou relationnel, psycho-relationnel) : praticien et individu / couple / famille / groupe
3. Processus planifié, but défini (parfois conjointement), cadre précis, notion de contrat
4. Utilise des moyens psychologiques, verbaux ou non-verbaux
5. Repose sur des théories ayant trait au normal et au pathologique
6. But de permettre au patient de retrouver ses capacités, améliorer sa communication, développer sa conscience, changer ses comportements etc... = trouver un meilleur fonctionnement
7. Doit être évaluée

Points principaux à retenir

« Terme « psychothérapie » est donc générique puisqu'il concerne diverses méthodes appartenant à un même genre commun.

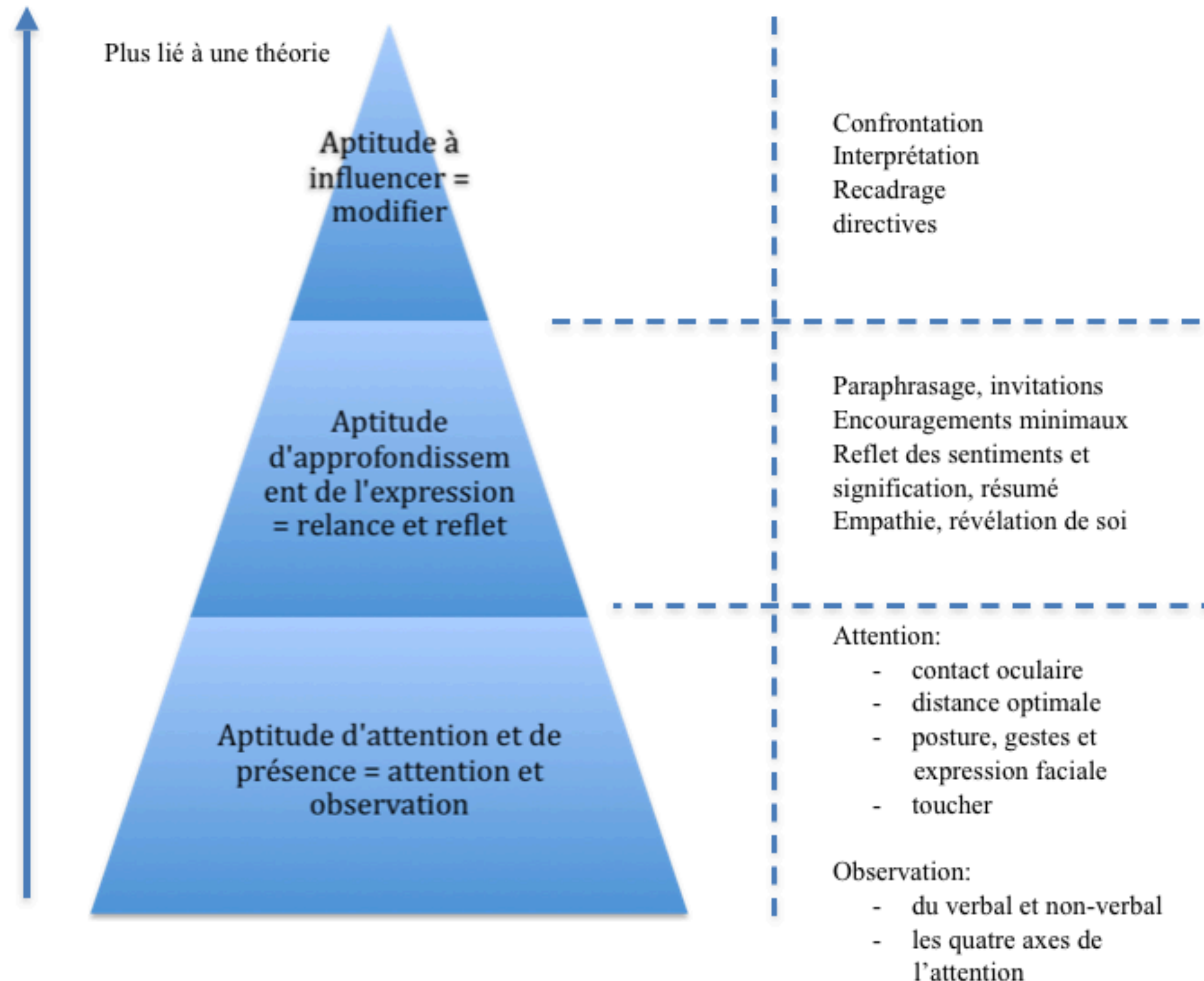
À l'intérieur de cette unité disciplinaire se développent des modalités théorico-pratiques différenciées, allant de:

- la mise à jour des phénomènes inconscients
- à la recherche de modifications comportementales
- en passant par la mobilisation des forces énergétiques
- l'analyse des jeux transactionnels
- l'exploration d'enjeux contextuels et systémiques
- et bien d'autres focalisations possibles, toutes aussi pertinentes et utiles les unes que les autres »



(Blanchet, 2008)

Niveaux de relation d'aide



Modèle hiérarchique du développement des habiletés psychothérapeutiques
(Chambon, Marie-Cardine, 2003)

Les Facteurs Communs

Lambert (1992)

Quatre éléments seraient primordiaux pour prédire l'issue d'une thérapie :

1. L'implication et la détermination du patient : 40 %
2. La qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute : 30 %
3. La confiance en l'efficacité du traitement (incluant l'effet placebo) : 15 %
4. La spécificité de l'approche thérapeutique privilégiée : 15 %.

Facteurs Communs aux prises en charge thérapeutiques

Chez le patient (apparemment la variable la plus importante / effective / influente dans la psychothérapie)

- la motivation du patient
- le désir de changement du patient
- l'implication du patient (engagement + action)
- l'esprit de collaboration / l'intention de collaborer
- l'acceptation à réaliser des efforts
- la capacité à faire face à d'intenses émotions
- l'ouverture d'esprit
- la confiance en l'efficacité du traitement (cf. bonne compréhension de l'approche thérapeutique / information)

Ambuhl H, Grawe K. The effects of psychotherapy as a result of the relation of therapeutic availability and acceptance by the client. Psychol Psychopathol Psychother. 1988 ; 36 (4) : 308-27

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clin Psychol Rev. 2003 Feb ; 23(1) :1-33

Facteurs Communs aux prises en charge thérapeutiques

Chez le thérapeute

- la sensibilité face aux caractéristiques du client
- la flexibilité dans le choix des interventions
- la capacité de favoriser un attachement sécurisé avec le client
- l'utilisation d'interventions qui n'induisent pas un processus de résistance
- l'utilisation d'interventions adaptées aux patterns du client
- la capacité d'établir une alliance thérapeutique
- la capacité de réguler des relations émotionnellement intenses et variables comportant des tensions et des ruptures
- la capacité d'offrir des réponses empathiques, d'acceptation chaleureuse authentique
- la maîtrise et l'application pertinente de techniques adaptées aux besoins du client

Facteurs Communs aux prises en charge thérapeutiques

Chez le thérapeute

- souplesse
- honnêteté
- respect
- digne de confiance
- chaleureux
- intéressé
- ouvert
- soutenant le patient dans l'expression des émotions, l'exploration et la réflexion
- capable d'interpréter justement ses observations

*Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance.
Clin Psychol Rev. 2003 Feb ; 23(1) : 1-33*

Facteurs Communs aux prises en charge thérapeutiques

Par rapport à la relation thérapeute / patient

- Qualité de l'alliance thérapeutique = 30 %
 - lien affectif entre les deux personnes basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du thérapeute
 - esprit de collaboration entre le patient et le thérapeute sur leurs tâches respectives
 - les objectifs de la thérapie sont clairs, bien compris par les deux parties (attention, pas toujours envisageable)
- Norcross et Lambert (2010)
 - « cruciale, fondamentale, déterminante du succès »
 - importance de comment elle est « créée » et « cultivée »
- Horvath et al. (2010)
 - dépend de la capacité du thérapeute à répondre aux besoins du patient, ses attentes, ses capacités
 - qualité de l'alliance souvent perçue différemment entre le patient et le thérapeute
 - la façon dont l'alliance est perçue par le patient est le meilleur indicateur pour les résultats à venir
 - la surveillance de l'alliance tout au long du traitement est indispensable
 - répondre de façon non défensive à l'hostilité ou la négativité du patient est essentiel pour établir et maintenir l'alliance

Les différentes dimensions de l'attitude du thérapeute

Psychotherapy, autumn 1993, 3, 30 In Chambon, O et Marie-Cardine, M. (2003). Les bases de la psychothérapie. Paris : Dunod. p. 289)

Autoritaire	↔	Egalitaire
Directif (processus orienté par le thérapeute)	↔	Non directif (processus juste stimulé)
Direct (la manœuvre de changement est ouvertement énoncée)	↔	Indirect (la manœuvre de changement n'est pas ouvertement énoncée)
Interprétatif (élabore l'information venant de l'intérieur)	↔	Educatif (apporte une information extérieure)
Relation paternelle	↔	Relation maternelle
Frustrant	↔	Nourrissant
Focus intrapsychique (préférence pour élaborer ce qui émerge du fonctionnement psychique spontané de l'individu)	↔	Focus interpersonnel ((préférence pour élaborer ce qui émerge de l'interaction de l'individu avec autrui : groupe, famille, société)
Centre sur le réel	↔	Centre sur l'imaginaire
Cherche à comprendre (en référence à un modèle élaboré du psychisme)	↔	Ne cherche pas à comprendre (opère sans appui d'un modèle bien élaboré, intuitivement surtout)
Explore la tendresse	↔	Explore l'érotisme
Sans implication (utilise le canal « cognitif », verbal, analytique)	↔	Très impliqué (implique son corps et/ou ses émotions, sa personne)
Sait à l'avance ce qu'il va faire	↔	Ne sait pas à l'avance ce qu'il va faire
Utilise le transfert et le contre-transfert	↔	N'utilise pas les manifestations transféro-contre-transférentielles
Reste « en arrière » (reste au niveau de ce qu'exprime, sait ou dit le patient)	↔	Va « en avant » (va plus loin que ce que le patient fait, exprime ou ressent)
Confrontant	↔	Non-confrontant
Exprime de l'empathie	↔	N'exprime pas de l'empathie

Les différentes dimensions de l'attitude du thérapeute

Psychotherapy, autumn 1993, 3, 30 In Chambon, O et Marie-Cardine, M. (2003). Les bases de la psychothérapie. Paris : Dunod. p. 289)

Chaleureux	↔	Non chaleureux
Prévisible (respecte un même cadre, ne varie pas son style ni sa technique)	↔	Imprévisible (créé des « événements » en séance, change de style, modifie le cadre)
Position basse	↔	Position haute
Répondant (montre une réponse affective aux comportements ou dires du patient)	↔	Non répondant
Spontané (exprime spontanément affects et opinions)	↔	Non spontané
Animé (niveau de base élevé d'affectivité et de mobilisation du corps)	↔	Non animé
Transparent (révèle consciemment des émotions ou pensées personnelles au patient)	↔	Non transparent
Actif (dans l'action)	↔	Non actif (dans l'attente)
Centration sur la verbalisation	↔	Centralisation sur la mise en action
Centration sur l'intervention verbale	↔	Centration sur l'intervention non-verbale
Explore	↔	Cherche à modifier
Ne cherche pas la métacommunication	↔	Metacommunique intentionnellement
Vise à réduire l'angoisse	↔	Vise à accroître l'angoisse
Cherche à aider le patient à mieux se contrôler	↔	Ne cherche pas à aider le patient à mieux se contrôler
Cherche à modifier le comportement externe (dont l'adaptation)	↔	Cherche à modifier l'expérience interne (dont l'insight)
Accent sur le symptôme	↔	Accent sur l'insight
Cherche à stimuler émotionnellement	↔	Cherche à réguler émotionnellement
Focalise sur ce qui émerge en séance	↔	Explore ce qui se passe hors séance

Les différentes réactions du patient

Thompson, R. (2003). *Counseling techniques: improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment*. London: Psychology Press. pp. 382-383 (traduit de l'anglais)

Réaction	Définition
<i>Positive</i>	
Compréhension	J'ai senti que le thérapeute me comprenait vraiment, ce que je disais et ce qui m'arrivait
Support	Je me suis senti accepté, rassuré, apprécié, pris en charge, ou en toute sécurité. Je sens que j'apprécie plus, respecte plus ou admire plus mon thérapeute. Cela entraîne un changement dans ma relation avec lui, comme si nous avons résolu un problème entre nous
Espoir	Je me sens confiant, encouragé, optimiste, solide/fort, heureux ou satisfait et estime que je peux changer
Soulagement	Je me suis senti moins déprimé, moins anxieux, moins coupable, moins en colère. J'ai moins de sentiments inconfortables ou douloureux
Pensées ou comportements négatifs	J'ai pris conscience de certaines pensées négatives ou des certains comportements qui me causent des problèmes ou causent des problèmes aux autres
Meilleure connaissance de soi	J'ai acquis des connaissances nouvelles sur moi-même (insight), j'ai pris conscience de nouvelles relations de cause à effet, ou ai commencé à comprendre pourquoi je me suis comporté ou senti d'une certaine façon. Cette nouvelle compréhension m'a aidé à m'accepter et à m'aimer comme je suis
Clarification	Je me suis concentré sur ce que je cherchais vraiment à exprimer, sur les domaines que je dois changer, sur mes objectifs et ce que je veux vraiment faire

Les différentes réactions du patient

Thompson, R. (2003). *Counseling techniques: improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment*. London: Psychology Press. pp. 382-383 (traduit de l'anglais)

Réaction	Définition
<i>Positive</i>	
Emotions/Sentiments	J'ai senti une meilleure prise de conscience, un approfondissement et une meilleure expression de mes émotions / sentiments
Responsabilité	J'ai accepté mon rôle et la responsabilité que j'avais dans la vie. Je blâme moins les autres
Déblocage	J'ai dépassé un blocage et me sens libéré et plus impliqué dans ce que j'ai à faire
Nouvelles perspectives	J'ai acquis de nouvelles perspectives, de nouvelles compréhensions sur autrui, des situations ou le monde en général. Je comprends mieux pourquoi les gens ou les choses sont comme elles sont
Formation	J'ai acquis une meilleure connaissance ou de nouvelles informations. J'ai appris quelque chose je ne connaissais pas
Nouveaux comportements	J'ai acquis de nouvelles connaissances sur ce que je peux faire pour faire face différemment à des situations ou des problèmes particuliers. J'ai résolu un problème, fait un choix, pris une décision ou décidé de prendre un risque
Défi	Je me suis senti bousculé ou forcé à me questionner ou examiner des questions que j'évitais

Les différentes réactions du patient

Thompson, R. (2003). *Counseling techniques: improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment*. London: Psychology Press. pp. 382-383 (traduit de l'anglais)

<i>Négative</i>	
Peur	Je me suis senti dépassé, apeuré et j'ai voulu éviter d'admettre avoir certaines émotions ou problèmes. J'ai peut-être senti que mon thérapeute était trop insistant, me poussait trop, me désapprouvait ou ne m'appréciait pas
Empirement	Je me suis senti moins optimiste, avec moins de capacité de contrôle, bête, incapable, honteux ou prêt à abandonner. Peut-être que mon thérapeute m'a ignoré, m'a critiqué, m'a blessé, m'a plaint ou m'a traité avec pitié comme quelqu'un de faible et sans défense.
Blocage	Je me suis senti bloqué, impatient ou je me suis ennuyé. Je ne savais pas quoi faire ou comment sortir de cette situation. Je me suis senti insatisfait de l'état d'avancement de la prise en charge ou à avoir besoin à revenir sur les mêmes choses encore et encore
Manque de direction	Je me suis senti en colère ou contrarié/énervé que mon thérapeute ne me donne pas assez d'indications ou de pistes à suivre (guidance)
Confusion	Je n'arrivais pas à identifier comment je me sentais ou je n'arrivais pas à dire ce que voulais dire. J'ai été désorienté ou ne pouvaient pas comprendre ce que mon thérapeute essayait de dire. Je n'étais pas sûr de savoir si j'étais en accord avec mon thérapeute.
Incompréhension	Je sentais que mon thérapeute n'écoutait pas vraiment ce que je voulais dire, qu'il m'a mal jugé, ou fait des hypothèses sur moi qui étaient incorrectes
Sans réaction	Je n'ai pas eu de réaction particulière. Mon thérapeute a peut-être tenu une conversation sociale, a seulement voulu recueillir des informations ou n'était pas clair.

Tailoring Psychotherapy

Liste d'intentions thérapeutiques

Thompson, R. (2003). Counseling techniques: improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment. London: Psychology Press. pp. 363-365 (traduit de l'anglais)

Intention	Définition
Fixer des limites	En vue de structurer, amener des arrangements, établir des objectifs thérapeutiques, décrire des méthodes pour atteindre les objectifs, corriger des attentes, établir des règles au sein de la relation thérapeutique (par ex. le temps, les honoraires, les modalités d'annulation de séance, le travail hors séance...)
Obtenir des informations	Pour acquérir des informations précises sur l'histoire du patient, son fonctionnement, ses plans futurs...
Donner des informations	Pour informer, donner des faits, corriger des perceptions erronées ou une désinformation, expliquer la procédure ou le comportement/attitude du thérapeute
Supporter	Pour offrir un environnement chaleureux, soutenant/étayant, empathique; renforcer la confiance et favoriser la construction et la solidité de la relation thérapeutique; aider le patient à se sentir accepté, compris, à l'aise, rassuré et moins anxieux; aider à établir une relation de personne-à-personne
Se concentrer sur (focus)	Pour aider le patient à se centrer sur une réflexion ; changer de sujet, de canal ou de structure de discussion si le patient éprouve des difficultés à commencer un sujet ou produit un discours diffus, décousu
Clarifier	Pour demander plus d'élaboration, un approfondissement ou des précisions quand le patient a été vague, incomplet, confus, contradictoire ou inaudible
Insuffler de l'espoir	Pour renforcer l'idée qu'un changement est possible et est susceptible de se produire, que le thérapeute peut aider le patient, restaurer l'espoir et l'optimisme, renforcer la confiance du patient à faire des changements

Encourager la catharsis	Pour favoriser l'expression des tensions ou des sentiments négatifs, offrir au patient la possibilité de se laisser aller et d'exprimer ses émotions et ses difficultés
Identifier les cognitions inadaptées	Pour identifier les pensées ou les attitudes illogiques, irrationnelles ou inadaptées (par exemple, "je dois être parfait")
Identifier les comportements inadaptés	Pour identifier et effectuer un feed-back sur les comportements inappropriés du patient et ses conséquences, identifier les jeux pathologiques
Encourager l'auto-contrôle	Pour encourager le patient à acquérir un sentiment de maîtrise ou de contrôle sur ses pensées, sentiments, comportements ou impulsions; aider le patient à devenir plus juste intérieurement plutôt que faux extérieurement à travers une responsabilisation de son « rôle »
Identifier et intensifier les sentiments	Afin d'identifier, intensifier les émotions et permettre leur acceptation ; encourager ou provoquer le patient à prendre connaissance ou approfondir ses émotions/sentiments cachés, altérés ou situés à un niveau plus profond
Promouvoir l'insight	Pour encourager la compréhension des raisons sous-jacentes, les dynamiques internes, les hypothèses ou les motivations inconscientes des cognitions, comportements, attitudes ou sentiments/émotions
Promouvoir le changement	Pour construire et développer de nouvelles compétences plus adaptées, des comportements ou des cognitions favorisant les relations entre soi-même et les autres; inculquer des nouveaux modèles, de nouveaux cadres, des explications ou des conceptualisations ; donner une opinion sur le fonctionnement du patient qui lui permette de se voir de manière nouvelle

Renforcer le changement	Faire du renforcement positif sur les tentatives de changement comportemental, cognitif ou affectif et améliorer la probabilité que le changement continue ou soit maintenu ; encourager la prise de risques et de nouvelles façons de se comporter
Traiter la résistance	Pour surmonter les obstacles au changement ou au progrès
Mettre à l'épreuve (challenge)	Pour bousculer le patient de son état du moment; bousculer ses convictions ou ses sentiments; tester la validité, la pertinence ou la réalité de ses croyances, de ses pensées, de ses sentiments ou ses comportements; amener le patient à s'interroger sur la nécessité de maintenir ses vieux modèles
Travailler la relation thérapeutique	Pour résoudre les problèmes qui surviennent dans la relation afin de construire ou entretenir une bonne alliance de travail; traiter les éventuelles ruptures; faire face aux questions de dépendance; identifier et résoudre les distorsions du patient sur la relation souvent fondées sur ses expériences passées plutôt que les réalités actuelles
Soulager le thérapeute	Afin de protéger, de soulager ou de défendre le thérapeute;

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Trois étapes de fonctionnement du patient de DELOURME et MARC
(2004)

Processus évolutif pourrait être décrit en trois étapes :

1. le temps pour exprimer,
2. le temps pour comprendre,
3. le temps pour intégrer

4. auquel s'ajoutera éventuellement le temps pour dépasser

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Modèle de Prochaska et Di Clemente



1. Stade pré-contemplatif

- absence de conscience du problème
- déni total ou minimalisation de la conduite et des dommages liés
- impossible de considérer le changement

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Modèle de Prochaska et Di Clemente



2. Stade contemplatif

- commence à considérer le problème mais pas encore le changement
- ambiguïté face aux conduites / ambivalence / balance décisionnelle incertaine
- difficulté de renoncer aux avantages actuels / difficultés de percevoir les avantages à venir
- difficulté de s'accorder confiance
- lutte intense contre les sentiments négatifs personnels

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Modèle de Prochaska et Di Clemente



3. Stade de préparation

- poursuite en considérant le changement
- planification et prise de décision / programmation dans un délai raisonnable
- patient prêt à intégrer un système de soins

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Modèle de Prochaska et Di Clemente



4. Stade de l'action

- stade de maintien et de prévention de rechute
- action sensible et perceptible pour le patient comme pour l'entourage
- rapport collaboratif dans le système de soins
- maturation aboutie de la balance décisionnelle
- procédure opportune et optimisée dans le sens du patient : au bon moment, au bon endroit, avec le bon entourage, avec le bon contexte psychologique

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Modèle de Prochaska et Di Clemente



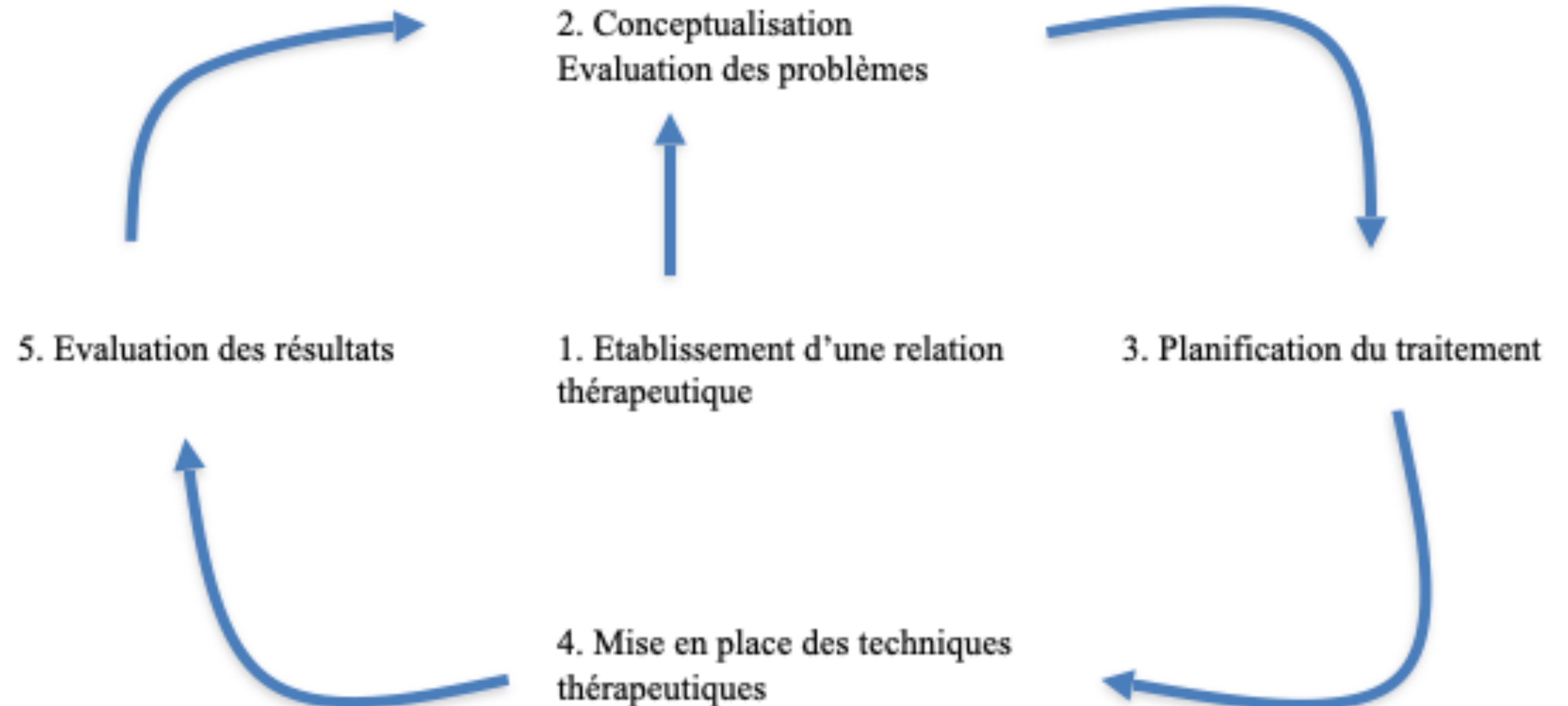
5. Stade de consolidation/maintenance

- stade de maintien et de prévention de rechute
- apprentissage des émotions et de leur gestion
- prise de confiance
- perception des capacités de contrôle
- habilités sociales
- prévention et plan d'urgence
- autonomie

Tailoring Psychotherapy

STADES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Les cinq phases de la psychothérapie de CHAMBON, MARIE-CARDINE (2003)



Les différentes approches psychothérapeutiques

	Estime de soi	Nouveaux comportements	Régulation émotions	Motivation	Insight / perception
Psycho-dynamique	+		+		+
Cognitivo-comportemental		+			+
Systemique		+		+	+
Humaniste		+	+		+
Psycho-corporelle	+	+	+		

La cible thérapeutique préférentielle initiale des principaux courants de psychothérapies (Chambon, Marie-Cardine)

Merci beaucoup
pour votre attention!

→ nicolas.bosc@aphp.fr



Hanoi, 2007