



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019 N°236

**Groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de troubles neurologiques
fonctionnels : étude de faisabilité**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 23 octobre 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Claire LAPOULE

Née le 19 janvier 1990 à Paris

Sous la direction du Dr Axelle GHARIB

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes

Pierre COCHAT

Médicales

Directrice Générale des Services

Damien VERHEAGUE

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est

Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud-Charles

Doyen : Carole BURILLON

Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques et

Directrice : Christine VINCIGUERRA

Biologiques (ISPB)

UFR d'Odontologie

Directeur : Dominique SEUX

Département de Biologie Humaine

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des Activités

Directeur : Yannick VANPOULLE

Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières ET assurances

Directeur : Nicolas LEBOISNE

(ISFA)

Observatoire de Lyon

Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

(ESPE)

FACULTE DE MEDECINE LYON EST – LISTE DES ENSEIGNANTS

2018-2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers - Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|----------------|---------------|--|
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers - Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|------------|---------------|---|
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Denis | Philippe | Ophtalmologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Ducerf | Christian | Chirurgie digestive |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale : addictologie |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honorat | Jérôme | Neurologie |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Miossec | Pierre | Immunologie |
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Négrier | Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |

| | | |
|-----------------|----------------------|---|
| Terra Zoulim | Jean-Louis Fabien | Psychiatrie d'adultes ; addictologie Gastroentérologie ; hépatologie |
|-----------------|----------------------|---|

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers - Première classe

| | | |
|------------------|-----------------|---|
| Ader | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Aubrun | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Charbotel | Barbara | Médecine et santé du travail |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Colombel | Marc | Urologie |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| Cotton | François | Radiologie et imagerie médicale |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Di Filippo | Sylvie | Cardiologie |
| Dubernard | Gil | Gynécologie Obstétrique et médicale |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Dumortier | Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Ederly | Charles Patrick | Génétique |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Fellahi | Jean luc | Anesthésiologie-Réanimation; médecine d'urgence |
| Fourneret | Pierre | Pédopsychiatrie - addictologie |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Jacquin-Courtois | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Juillard | Laurent | Néphrologie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophtalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Michel | Philippe | Epidémiologie économie de la santé |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |
| Raverot | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Rouvière | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| Roy | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Saoud | Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| Schaeffer | Laurent | Biologie cellulaire |
| Scheiber | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Tilikete | Caroline | Physiologie |
| Truy | Eric | Oto-rhino-laryngologie |

| | | |
|---------|----------|---|
| Turjman | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| Vanhems | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Vukusic | Sandra | Neurologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers - Seconde Classe

| | | |
|--------------------|-----------------|---|
| Bacchetta | Justine | Pédiatrie |
| Boussel | Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| Buzluca Dargaud | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| Calender | Alain | Génétique |
| Chapurlat | Roland | Rhumatologie |
| Chêne | Gautier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Confavreux | Cyrille | Rhumatologie |
| Crouzet | Sébastien | Urologie |
| Cucherat | Michel | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| David | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Di Rocco | Federico | Neurochirurgie |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie économie de la santé |
| Ducray | François | Neurologie |
| Fanton | Laurent | Médecine légale |
| Gillet | Yves | Pédiatrie |
| Girard | Nicolas | Pneumologie |
| Gleizal | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Henaine | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Hot | Arnaud | Médecine interne |
| Huissoud | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Janier | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie Virologie |
| Lesurtel | Mickaël | Chirurgie générale |
| Levrero | Massimo | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Michel | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Million | Antoine | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| Monneuse | Olivier | Chirurgie générale |
| Nataf | Serge | Cytologie et histologie |
| Peretti | Noël | Nutrition |
| Pignat | Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |
| Poulet | Emmanuel | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Ray-Coquard | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rheims | Sylvain | Neurologie |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Rimmele | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Robert | Maud | Chirurgie digestive |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Souquet | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Thaumat | Olivier | Néphrologie |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Marie

| | |
|------------|---------|
| Letriliart | Laurent |
| Moreau | Alain |
| Zerbib | Yves |

Professeurs associés de Médecine Générale

| | |
|-------|--------|
| Lainé | Xavier |
|-------|--------|

Professeurs émérites

| | | |
|------------|---------------|--|
| Baulieux | Jacques | Cardiologie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie addictologie |
| Cordier | Jean-François | |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Touraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie addictologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Viale | Jean-Paul | Réanimation ; médecine d'urgence |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers - Hors classe

| | | |
|-----------------|-------------|--|
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers - Première classe

| | | |
|--------------|----------------|---|
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Confavreux | Cyrille | Rhumatologie |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Escuret | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Lukaszewicz | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Plotton | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (CC BY-NC-ND 2.0) |

| | | |
|-------------------|-----------|--|
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Schluth-Bolard | Caroline | Génétique |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Vasiljevic | Alexandre | Anatomie et cytologie parthologiques |
| Venet | Fabienne | Immunologie |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers - Seconde classe

| | | |
|-----------------|----------------|---|
| Bouchiat Sarabi | Coralie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Casalegno | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Cour | Martin | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Coutant | Frédéric | Immunologie |
| Curie | Aurore | Pédiatrie |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Josset | Laurence | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Lemoine | Sandrine | Physiologie |
| Marignier | Romain | Neurologie |
| Menotti | Jean | Parasitologie et mycologie |
| Rolaand | Benjamin | Psychiatrie adulte |
| Simonet | Thomas | Biologie cellulaire |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| | |
|----------------|------------|
| Farge | Thierry |
| Pigache | Christophe |
| De Fréminville | Humbert |

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Composition du jury

Président :

Monsieur Le Professeur Mohamed SAOUD

Membres :

Monsieur Le Professeur D'AMATO Thierry

Madame Le Professeur VUKUSIC Sandra

Madame Le Docteur GHARIB Axelle

Remerciements

A Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait confiance pour ce travail et je vous remercie pour votre enseignement tout au long du semestre passé dans votre service.

A Monsieur le Professeur D'AMATO, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre aide précieuse lors de mon semestre dans votre service. Merci d'avoir répondu patiemment à toutes mes questions et de m'avoir transmis vos connaissances. Je vous suis reconnaissante de la confiance que vous me faites pour la suite. C'est avec grand plaisir que j'intègre votre équipe en mai prochain et j'espère être à la hauteur de vos attentes.

A Madame le Professeur Sandra VUKUSIC, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Axelle GHARIB, je te remercie profondément d'avoir été ma directrice de thèse. Tu as toujours été très disponible et très réactive. Merci de m'avoir aidée à rendre ce travail rigoureux, cohérent et compréhensif. Merci pour ta bonne humeur, ton humour, ta spontanéité à toutes épreuves et ton enseignement lors du semestre passé en psychiatrie de liaison.

Je suis particulièrement fière d'avoir été ta première interne et d'être ta première thésarde.

A ma famille :

A mes parents, un immense merci pour tout l'amour que vous m'avez donné toutes ces années. Merci de m'avoir toujours soutenue dans tous mes projets, notamment lors des années d'internat, malgré la distance. Je n'aurais jamais pu accomplir ce que j'ai fait, sans vous. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises, j'en suis fière. Merci de m'avoir encouragée et rassurée pour ce travail.

A Aude, merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir toujours soutenue et comprise. Je suis tellement heureuse d'avoir bientôt un neveu, et d'avoir le temps de m'en occuper les 6 mois prochains. Et surtout, j'ai hâte de connaître enfin son prénom !

A toi aussi Alaa Eddine, merci pour ton soutien et ta bienveillance

A Franck, alias tichou, merci aussi pour tous ces moments passés ensemble

A mes amis :

A Carole et Solène, à notre super trio qui dure depuis plusieurs années, merci d'avoir été toujours là !

A François, à nos restau' du mardi soir et à ton calme olympien en toute circonstance.

A Mina pour nos milliers de texto envoyés et ton soutien dans toutes mes aventures lyonnaises.

Aux branq', à Marion, Marie, Dom, Laz, Maxime, Quentin, Nico, Antoine et Edouard. Grâce à vous j'ai vécu un externat magique ! A toutes nos soirées, nos weekends et nos voyages un peu partout, à Franceville, à Heudreville, à Nonville, à Lyon, au Chaulx, à Venise, à Vérone, à Barcelone, à nos semaines au ski, en Colombie, en Crête. Et à tous ceux à venir en commençant par Stockholm. Je suis tellement heureuse de revenir 6 mois à Paris pour vous revoir plus souvent.

A Félix, pour tes jeux de mots et ta maladresse légendaires

A Quentin, à notre passion commune pour Ghandi Djuna (ne le nie pas) et à cette chère Petula ! Merci de m'avoir toujours rassurée ces dernières semaines et d'avoir répondu à toutes mes questions.

A Dri, pour ta bonne humeur toujours égale (enfin presque), nos aventures, les two chitas, les minibus, nos parties endiablées de cartes et nos magnifiques vlog

A Jordan et Marine, pour m'avoir fait découvrir Bourg Saint Momo, pour nos soirées lyonnaises à refaire la vie, pour m'avoir attendue pendant nos randonnées et pour m'attendre lors des prochaines qui arrivent bientôt. J'ai hâte !

A Marie Vic, pour ta bonne humeur, nos écoutes d'« Alice et moi » et nos discussions toujours passionnantes !

A Céline, pour nos 6 mois passés ensemble et pour toutes les soirées depuis, merci d'avoir été active dans mon futur déménagement en récupérant la moitié de mes affaires (il en reste ne t'inquiète pas).

A Harry, Claire, Marie Amélie, Dom, Mélanie, Marion et à tous les autres lyonnais !

A mes supers colocs :

A Mathilde, à nos 3 années de colocation incroyables, nos repas toujours excellents et nos soirées avec Raphaël, Berverly, Vivian et les autres ou à chanter de la variété française ☺ Hâte de refaire du canoé avec toi !

A Julie, Lise et Camille, à nos 6 mois passés à Bourg et nos aventures lyonnaises. Merci d'être toujours là quand j'en ai besoin !

A Guillaume, merci de m'avoir supportée pendant la rédaction du mémoire et de la thèse, merci d'avoir enjolivé notre appart avec l'installation d'une forêt vierge dans le salon et de m'avoir souvent nourrie !

A mes co-internes :

A Lucie, co-interne de choc, à toutes nos histoires, à ta compréhension des miennes pas toujours simples (enfin autant que les tiennes) et à duolingo qui nous a rendues presque bilingues !

A la première fournée de SJDD, à Guillem, Elodie, Thomas, Adélaïde, Marie, Luis, merci à « tellement vrai » d'avoir égayé nos midis.

A la deuxième fournée, à Anthony, à Rajae, à Guillaume, à Elodie, à Laurène, à Cassandre, à Martin, à Julia, à nos parties endiablées de Billard !

Merci pour toutes les grandes ou petites aides pour ma thèse,

A Aude, ma mère, mon père, Céline, Adrien et François pour les relectures,

A Quentin, Anne-Lise, Coco, Marie Vic, Hugo et Mathilde pour les conseils,

Et à ceux avec qui j'ai travaillé des après-midi et des soirées entières : Coco, Julie, Marie Vic.

Plan

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Trouble neurologique fonctionnel et intérêt de la psychoéducation..... | 16 |
| 1.1 | Historique | 16 |
| 1.2 | Définitions et classifications | 18 |
| 1.2.1 | DSM-III | 18 |
| 1.2.2 | DSM-IV | 18 |
| 1.2.3 | DSM-5 | 18 |
| 1.2.4 | CIM-10 | 19 |
| 1.3 | Épidémiologie..... | 19 |
| 1.4 | Psychopathologie | 20 |
| 1.4.1 | Facteurs prédisposants..... | 20 |
| 1.4.2 | Facteurs précipitants..... | 21 |
| 1.4.3 | Facteurs perpétuants..... | 21 |
| 1.5 | Pronostic..... | 22 |
| 1.6 | Prise en charge..... | 23 |
| 1.6.1 | Prise en charge diagnostique | 23 |
| 1.6.2 | Psychoéducation | 24 |
| 1.6.3 | Prise en charge thérapeutique | 24 |
| 1.7 | Focus sur la psychoéducation..... | 28 |
| 1.7.1 | Définition..... | 28 |
| 1.7.2 | Concepts théoriques | 29 |
| 1.7.3 | Indications en psychiatrie | 30 |
| 1.7.4 | Limites..... | 30 |
| 1.7.5 | Psychoéducation en groupe | 31 |
| 1.7.6 | Etat de l'art | 33 |
| 2 | OBJECTIFS | 37 |
| 3 | MATERIEL ET METHODES | 37 |
| 3.1 | Présentation de la structure | 37 |
| 3.1.1 | Service de psychiatrie de liaison-consultation de l'hôpital Neurologique de Lyon..... | 37 |
| 3.1.2 | Parcours de soin spécifique PULSES..... | 39 |
| 3.2 | Étapes de la conception du groupe | 41 |
| 3.2.1 | Groupe de travail..... | 41 |
| 3.2.2 | Choix des modalités pratiques | 42 |
| 3.3 | Patients | 44 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.3.1 | Madame D. | 45 |
| 3.3.2 | Madame C..... | 46 |
| 3.3.3 | Madame M..... | 47 |
| 3.3.4 | Monsieur L..... | 48 |
| 3.3.5 | Monsieur M. | 49 |
| 3.3.6 | Monsieur R. | 50 |
| 3.4 | Déroulement des séances et objectifs | 51 |
| 3.4.1 | Tout au long des séances | 51 |
| 3.4.2 | Séance 1 : Accueil et introduction aux TNF..... | 53 |
| 3.4.3 | Séance 2 : Fonctionnement psychologique | 55 |
| 3.4.4 | Séance 3 : Facteurs prédisposants et précipitants | 56 |
| 3.4.5 | Séance 4 : Facteurs perpétuants | 56 |
| 3.4.6 | Séance 5 : Traitements et hygiène de vie | 57 |
| 3.4.7 | Séance 6 : Séance de maintien..... | 58 |
| 3.5 | Evaluation..... | 59 |
| 3.5.1 | Faisabilité du groupe | 59 |
| 3.5.2 | Qualité de vie | 60 |
| 3.5.3 | Perception de la maladie..... | 61 |
| 3.5.4 | Orientation vers un soin psychiatrique..... | 62 |
| 4 | RESULTATS..... | 62 |
| 4.1 | Faisabilité du groupe..... | 62 |
| 4.1.1 | Taux de recrutement..... | 62 |
| 4.1.2 | Taux de rétention | 63 |
| 4.1.3 | Acceptabilité | 63 |
| 4.1.4 | Reproductibilité..... | 65 |
| 4.2 | Qualité de vie..... | 66 |
| 4.3 | Perception de la maladie | 66 |
| 4.4 | Orientation vers des soins psychiatriques | 69 |
| 5 | DISCUSSION | 70 |
| 5.1 | Résultats quantitatifs..... | 70 |
| 5.1.1 | Faisabilité..... | 70 |
| 5.1.2 | Qualité de vie | 72 |
| 5.1.3 | Perception de la maladie..... | 73 |
| 5.1.4 | Orientation vers des soins psychiatriques..... | 74 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.2 | Résultats qualitatifs..... | 74 |
| 5.2.1 | Questionnaire de satisfaction..... | 74 |
| 5.2.2 | Retour oral d'expérience..... | 76 |
| 5.3 | Perspectives d'amélioration clinique..... | 77 |
| 5.3.1 | Point de vue des animateurs..... | 77 |
| 5.3.2 | Modalités pratiques des futurs groupes..... | 79 |
| 5.4 | Forces et limites..... | 80 |
| | Conclusion..... | 81 |
| | Bibliographie..... | 84 |
| | Annexes..... | 95 |

1 Trouble neurologique fonctionnel et intérêt de la psychoéducation

1.1 Historique

L'hystérie est décrite depuis l'Antiquité et vient du mot grec « Hystera ». Ce terme qui signifie utérus ou affection de la matrice ou entrailles, a été employé par Hippocrate, médecin grec du IV^{ème} siècle avant J.-C. Il considérait que cet organe, souffrant d'être inutilisé, se déplaçait dans le ventre des patientes et qu'il causait différents symptômes selon sa position (1). « La matrice, desséchée par la fatigue, se déplace, attendu qu'elle est vide et légère ; la vacuité du ventre fait qu'il y a de la place pour qu'elle se déplace ; s'étant déplacée, elle se jette sur le foie, y adhère, et se porte aux hypochondres. Quand elle s'est jetée sur le foie, elle cause une suffocation subite, interceptant la voie respiratoire qui est dans le ventre » (2).

L'hystérie était donc considérée comme étant une pathologie uniquement féminine. Elle consistait en des troubles du comportement avec des spasmes et des contorsions de la femme, donnant l'impression que celle-ci était « attaquée de l'intérieur » (3).

Platon, philosophe grecque du IV^{ème} siècle avant J.-C, était du même avis et expliquait les mouvements de l'utérus comme suit : « La matrice (l'utérus) est un animal qui désire ardemment engendrer des enfants ; lorsqu'elle reste longtemps stérile après l'époque de la puberté, elle a peine à se supporter, elle s'indigne, elle parcourt tout le corps, obstruant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes, et occasionnant diverses maladies, jusqu'à ce que le désir et l'amour, réunissant l'homme et la femme, fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre » (4).

Au Moyen-Âge, l'hystérie est un phénomène considéré comme mystique et religieux. Beaucoup de patientes hystériques ont été condamnées au bucher car elles étaient vues comme des sorcières (3). C'est finalement le médecin français Pierre Briquet (1796 – 1881) qui réfute l'hypothèse de l'origine utérine de l'hystérie. Il observe cette symptomatologie chez un grand nombre de malades dont des hommes. Briquet publie en 1850 le « Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie » (5). Il décrira notamment plusieurs dizaines de cas dont 7 hommes. Il rattache l'origine du trouble à l'atteinte d'une région cérébrale responsable de la gestion des émotions. Cette vision très moderne a pu être validée ultérieurement grâce à l'imagerie fonctionnelle. Depuis le XIX^{ème} siècle, la dénomination « syndrome de Briquet » est utilisée dans certaines classifications internationales contemporaines, pour désigner ces troubles.

Le neurologue Jean Martin Charcot (1825 – 1893), médecin chef de l'hôpital de la Salpêtrière, véhicule ensuite l'idée d'une origine psychogène de l'hystérie en faisant apparaître et disparaître les symptômes sous hypnose. En effet, dans les années 1870, il est responsable du pavillon « l'Hospice de la Vieille-Femme », dans lequel sont hospitalisées de nombreuses patientes souffrant d'hystérie et d'épilepsie. Charcot soigne également les patientes présentant des paralysies des lèvres, des anesthésies de la main ou encore des aphonies. Il observe des épisodes pseudo-épileptiques et constate que l'intensité et la fréquence des crises sont majorées en présence d'un public. Il émet alors l'hypothèse que les patientes hystériques peuvent développer des symptômes suite à des autosuggestions similaires aux suggestions en état d'hypnose. Il montre qu'il peut induire ou supprimer les symptômes hystériques par une suggestion post-hypnotique (6)

Sigmund Freud (1856 - 1939), neurologue autrichien fondateur de la psychanalyse, utilise pour la première fois en 1895 le terme de « conversion hystérique ». Ce terme est inspiré des théories thermodynamiques selon lesquelles les énergies ne se perdent pas mais se transforment plutôt en d'autres énergies. Selon Freud, cette symptomatologie est secondaire au passage d'un conflit psychique inconscient dans le corps. L'énergie psychique liée à une désorganisation est convertie en énergie somatique pour être évacuée de la conscience. Freud suggère ainsi que certaines pulsions inacceptables, généralement sexuelles, sont réprimées par la conscience et l'énergie psychique résultante est convertie en symptômes physiques (1). D'après lui, la « composante sexuelle » est essentielle et l'hystérie serait due à une expérience sexuelle traumatique durant l'enfance ou l'adolescence.

La première guerre mondiale permet un changement important de la vision de l'hystérie. En effet un quart des blessés sont orientés vers des soins psychiatriques pour des « névroses de guerre » au premier rang desquelles figurent les états de stress post traumatiques et l'hystérie. Cette dernière constituait alors une préoccupation majeure, aussi bien pour les autorités militaires, que pour les médecins devant le nombre important de patients (7). Gilles André, médecin français, se questionnera en 1917 ainsi sur l'hystérie : " Quels sont ces malades ? Voici des gens qui nous arrivent : celui-ci est complètement aphone. Cet autre est agité d'un tremblement violent qui simule à s'y méprendre la chorée. Ailleurs, cet homme nous vient qui ne peut plus se redresser et marche courbé en deux par une plicature vertébrale. Puis c'est l'interminable série de paralysies : monoplégies, paraplégies, hémiplégies accompagnées ou non

d'anesthésie. Puis c'est ce pied bot survenu brusquement à la suite de l'explosion d'un obus et pour lequel cet homme se refuse à marcher autrement qu'en boitant" (8). Les médecins avaient une lourde responsabilité car ils devaient déterminer l'origine des troubles pour chaque soldat. S'ils retenaient le diagnostic de simulation, les soldats étaient alors accusés de désertion et étaient fusillés. La première guerre mondiale a donc permis de réfuter de façon formelle l'origine utérine, parfois encore adoptée à cette époque-là et a permis de montrer que le traumatisme sexuel n'était pas la seule cause des troubles (7).

1.2 Définitions et classifications

1.2.1 DSM-III

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, noté DSM pour *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder*, est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de Psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux. Le premier DSM a été publié en 1952.

Le terme de troubles somatoformes est apparu dans le DSM-III en 1980. Dans cette version, les termes de névrose et d'hystérie ont disparu. Des troubles anciennement considérés comme des manifestations polymorphes de la "névrose hystérique" ont été classés parmi les troubles somatoformes. On retrouve plusieurs sous-catégories : le trouble de somatisation, le trouble de conversion, le trouble de la douleur psychogène, l'hyponchondrie et le trouble somatoforme atypique. L'absence de lésion organique et l'origine psychologique, c'est-à-dire l'identification d'un facteur de stress, constituent des critères diagnostiques du trouble de conversion. Les critères diagnostiques sont détaillés en **Annexe 1**.

1.2.2 DSM-IV

Dans le chapitre du DSM-IV, il y a peu de changement concernant les troubles somatoformes et plus spécifiquement le trouble de conversion. Ce dernier est cependant plus détaillé notamment concernant le phénotype : moteur, sensitif, crises convulsives ou mixtes. Les critères diagnostiques sont détaillés en **Annexe 2**.

1.2.3 DSM-5

Dans le DSM-5, retrouver un facteur de stress n'est plus nécessaire pour poser le diagnostic. Le terme de trouble neurologique fonctionnel (TNF) apparaît et correspond au trouble de conversion. Différents phénotypes du TNF sont développés : paralysie, mouvements anormaux, troubles sensitifs, troubles de l'élocution ou de déglutition ou bien des crises épileptiformes. Par

ailleurs, il y a quelques modifications concernant les sous-catégories des troubles à symptomatologie somatique et apparentés. Ces troubles incluent désormais en plus des TNF :

- (i) les troubles à symptomatologie somatique qui sont définis par une forte anxiété et une inquiétude persistante au sujet de signes et de symptômes somatiques qui sont mésinterprétés comme étant une maladie médicale connue ;
- (ii) la crainte excessive d'avoir une maladie (remplaçant l'hypocondrie) qui est la peur d'être malade avec ou pas de symptôme somatique ;
- (iv) les facteurs psychologiques affectant d'autres maladies qui sont des problèmes psychologiques qui affectent négativement une condition médicale en accroissant le risque d'une issue adverse ;
- (v) les troubles factices : auto induits ou imposés à autrui (anciennement syndrome de Münchausen), c'est une simulation délibérée de trouble physique ou psychologique de manière à assumer le rôle de malade ;
- (vi) les autres symptômes somatiques spécifiques quand le tableau clinique ne rencontre pas l'entièreté des critères d'un des diagnostics de la catégorie ;
- (vii) les symptômes somatiques non spécifiques.

Les critères diagnostiques sont détaillés en **Annexe 3**.

1.2.4 CIM-10

La classification internationale des maladies (CIM) est une nomenclature publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé, actuellement à sa onzième révision.

Alors que le DSM-5 reconnaît le TNF comme un trouble distinct des autres, la CIM-10 est plus large dans sa définition et l'inclut dans la catégorie des troubles dissociatifs. Le terme de trouble fonctionnel a été proposé pour la CIM-11 qui devrait être éditée en 2019.

Les critères diagnostiques sont détaillés en **Annexe 4**.

En somme, les TNF sont actuellement définis comme des signes et symptômes cliniques d'allure neurologique, involontaires, avec une absence de lésion anatomique objectivable et un bilan étiologique négatif (9).

1.3 Épidémiologie

L'étude épidémiologique des TNF est particulièrement difficile, notamment du fait des changements de critères diagnostiques au cours des dernières décennies. L'incidence serait de 1 pour 10 000 habitants par an (9). La prévalence serait de 0,5 pour 100 habitants (9). Entre 60 et 75% des patients seraient des femmes (9). Il est difficile d'établir davantage de corrélats

sociodémographiques dans les TNF du fait des cohortes de petite taille et du faible nombre de publications sur le sujet.

Les TNF correspondraient à 1 à 4% des diagnostics réalisés à l'hôpital général. Dans les services de neurologie, jusqu'à 30% des patients seraient atteints de TNF principalement dans les services d'épileptologie (10,11). Le diagnostic peut être d'autant plus difficile à poser qu'il existerait chez 10% des patients présentant un TNF, des comorbidités neurologiques associées (10). Toutefois, il est important de noter que lorsque le diagnostic de TNF est posé, il serait rarement erroné (4% des cas à 5 ans), ce qui correspondrait au même taux d'erreur que pour les autres pathologies neurologiques (9,10). L'étude de Vignal et collaborateurs rapporte que 4% à 58% des patients souffrant de crises non épileptiques d'origine psychogène (CNEP) auraient une comorbidité épileptique (12). Les comorbidités psychiatriques seraient aussi fréquentes et sont présentes chez deux tiers des patients, on retrouve notamment les états de stress post traumatique, les troubles de personnalité, les épisodes dépressifs caractérisés ou bien les troubles anxieux (13).

Les symptômes les plus fréquents seraient les troubles fonctionnels moteurs et les troubles fonctionnels sensitifs qui représentent 75% des TNF (1) et plus spécifiquement, les crises non épileptiques psychogènes. Les mouvements anormaux fonctionnels sont au deuxième rang avec les tremblements, les dystonies, les myoclonies, les troubles négatifs avec une faiblesse du mouvement comme les paralysies fonctionnelles et le syndrome parkinsonien (14). Les myoclonies et les tremblements seraient plus fréquentes chez les hommes (9). Le retard au diagnostic serait de 7 ans en moyenne (15). Les patients sont souvent déclarés en invalidité, ce qui entraîne des dépenses de santé importantes (16). Enfin, seulement 1,5 à 5,% des patients pour lesquels le diagnostic de TNF a été retenu seraient orientés vers des psychologues (17,18).

1.4 Psychopathologie

1.4.1 Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants sont présents avant le TNF et déterminent la probabilité de décompensation de la maladie (11).

Il existerait plusieurs facteurs prédisposants :

- Les antécédents de traumatisme psychique dans 75% des cas (abus sexuels, violences physiques, négligence émotionnelle) (19,20).

- Les dysfonctionnements familiaux, les évènements de vie indésirables (11).
- L'alexithymie, qui correspond à la difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions, présente chez 35% des patients versus 6% des personnes en population générale (21).
- Le trouble de l'intéroception qui correspond à la difficulté de ressentir son état physiologique, notamment la perception de son propre corps, serait prédictif de l'intensité des symptômes (22).
- Les antécédents d'épisodes de dissociation ou de troubles dissociatifs (11).
- Les comorbidités psychiatriques comme les troubles de la personnalité ou les épisodes dépressifs caractérisés (11).
- La comorbidités non psychiatriques, notamment des pathologies neurologiques comme l'épilepsie (20).
- Les antécédents de traumatisme crânien (23,24).
- Les déficiences intellectuelles ou les troubles « dys » (11).

Les facteurs prédisposants les plus fréquents pour les TNF moteurs seraient les expériences traumatiques, le dysfonctionnement familial et le deuil (11).

1.4.2 Facteurs précipitants

Les facteurs précipitants sont les facteurs à l'origine de la décompensation des symptômes (11). Le facteur précipitant peut survenir quelques minutes, quelques jours ou quelques semaines avant la décompensation des symptômes. Beaucoup de patients n'ont pas conscience du caractère « précipitant » de certaines situations stressantes (19).

Il pourrait s'agir :

- D'une émotion forte (positive ou négative), d'une contrariété, d'un sentiment d'impuissance ou de frustration ou d'un traumatisme physique (25).
- D'un traumatisme physique (11).
- D'une attaque de panique (25).
- D'un épisode dissociatif (11).

Lorsque la maladie est ancienne, elle peut évoluer pour son propre compte et il arrive que les symptômes surviennent sans facteur déclenchant (19).

1.4.3 Facteurs perpétuants

Les facteurs perpétuants correspondent aux facteurs qui surviennent après le début de la maladie et qui inscrivent les troubles dans la durée. Ils entravent le rétablissement (11).

Les facteurs perpétuants seraient les suivants :

- Les troubles de l'humeur (42% des patients) et les troubles anxieux (26).
- Les comorbidités non psychiatriques (11).
- Les comportements d'évitement, comme les aides humaines ou matérielles excessives (fauteuil roulant, arrêt de travail) (27).
- Les dysfonctionnements familiaux (54,2% des patients) (26).
- La non acceptation du diagnostic ou la tendance à nier l'impact des facteurs émotionnels sur l'évolution du trouble (28,29).
- Mésestime de soi (11).
- La multiplication des examens médicaux (11).
- L'inquiétude ou l'attention excessive des proches.
- Les bénéfices financiers comme une indemnisation (11).

Une évaluation précise et détaillée de tous ces facteurs permet de considérer le patient dans sa singularité et de l'orienter vers le projet thérapeutique le plus adapté possible. Cette évaluation se fait en collaboration avec le patient ce qui permet une bonne alliance thérapeutique et une meilleure adhésion aux soins.

1.5 Pronostic

Les facteurs de bon pronostic seraient :

- Un âge de début jeune (30).
- Un haut niveau éducatif (26).
- Une courte évolution entre les symptômes et l'annonce diagnostique, la prise en charge précoce est donc importante (29).

Les facteurs de mauvais pronostic seraient :

- Une durée d'évolution des symptômes longue (29).
- Une longue durée entre le début des symptômes et l'annonce diagnostique (29).
- L'existence de bénéfices secondaires, notamment de recevoir des aides sociales dès la première consultation médicale (28,30).

Il faut toutefois prendre en compte l'hétérogénéité des patients étudiés, la petite taille des échantillons et leur caractère rétrospectif.

1.6 Prise en charge

1.6.1 Prise en charge diagnostique

Le diagnostic de TNF est retenu selon les critères du DSM-5. Il reste souvent un diagnostic d'élimination, mais actuellement, l'objectif est de pouvoir faire un diagnostic positif selon différentes caractéristiques cliniques aussi bien anamnestiques que physiques (31,32). Sur le plan de l'anamnèse, l'apparition des symptômes serait à début soudain dans 54 à 92% des cas et typiquement associée à une douleur du membre atteint si les symptômes sont moteurs ou sensitifs. Le terme « soudain » signifie que l'apparition des symptômes dure dix minutes à une heure, alors qu'une étiologie vasculaire débute en quelques secondes à quelques minutes. Sur le plan clinique, les signes positifs sont détaillés en **Annexe 5** (32). La difficulté d'éliminer un diagnostic différentiel engageant le pronostic vital est importante sur la simple base de cet élément clinique, l'imagerie est ainsi souvent pratiquée (33).

L'annonce du diagnostic de TNF est une étape capitale qui va déterminer la compréhension et l'acceptation du diagnostic par le patient, ainsi que son adhésion à la stratégie thérapeutique. Cette annonce influe donc sur l'évolution des symptômes et le pronostic et ce, au moins à court terme. Il s'agit d'un exercice difficile car il y a souvent eu au préalable un diagnostic erroné ou incomplet de pathologie neurologique caractérisée, parfois établi depuis plusieurs années (15). Les patients ont souvent un vécu négatif de l'annonce diagnostique. Notamment, ils ont l'impression que leurs symptômes ont été invalidés, qu'on ne les a pas crus ou encore d'avoir été « étiquetés » comme des patients relevant de soins psychiatriques. D'autre part, il n'est pas rare que le clinicien lui-même soit gêné par un sentiment de doute concernant le diagnostic (15).

Plusieurs auteurs ont travaillé sur cette annonce et sur les éléments importants à expliquer au patient lors de cette consultation (9,11,15). Il est important de nommer la pathologie et de délivrer un diagnostic clair qui ne laisse pas de place à l'ambiguïté ou au doute. Utiliser le terme de TNF est plus adapté que le terme de « trouble de conversion ». En effet, ce terme reflète bien l'état des connaissances sur la physiopathologie de ces troubles et pourrait favoriser l'acceptation du diagnostic. A l'inverse le terme de « conversion » évoque la pensée dualiste de Sigmund Freud concernant la relation entre l'esprit et le cerveau (34). Par ailleurs, nommer la pathologie permet de reconnaître le statut de malade du patient et de valider la souffrance occasionnée en expliquant que c'est une maladie reconnue.

Le succès de cette étape garantit que le patient quitte l'hôpital avec une validation des symptômes neurologiques et une confiance dans le diagnostic ce qui évitera une recherche d'autres avis médicaux. Une bonne alliance avec le neurologue et les autres professionnels de santé sera ainsi établie et le patient aura compris l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire dont la prise en charge psychologique (9). En fin de consultation, il est important de fournir du matériel éducatif en donnant des prospectus informatifs ou bien des sites web dédiés (9,11,15). Il est également primordial que le patient reparte avec un protocole de soins comportant les consultations ultérieures avec les différents professionnels de santé (11).

1.6.2 Psychoéducation

La psychoéducation est essentielle dans la prise en charge psychiatrique suite à l'annonce diagnostique. Une consultation après cette annonce permettra de donner plus d'informations sur la compréhension du diagnostic, les facteurs de risque de la maladie et le traitement (11). L'intérêt de la psychoéducation sera détaillé plus précisément dans le chapitre suivant.

1.6.3 Prise en charge thérapeutique

Traitements pharmacologiques

Une revue Cochrane de 2014 s'est intéressée aux interventions pharmacologiques pour les TNF. La méta-analyse des études contrôlées contre placebo portant sur les antidépresseurs tricycliques ne montre pas de différence significative sur la sévérité des symptômes. L'efficacité des antidépresseurs de nouvelle génération (les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)) apparaît quant à elle significative, avec un effet très modéré toutefois. Ils seraient plus efficaces chez les patients présentant des symptômes graves et lorsqu'ils sont administrés dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire (22,35). L'ensemble de ces résultats est néanmoins à considérer avec mesure du fait de l'hétérogénéité des données. De plus, la plupart des études sont mises en œuvre sur de petits échantillons et évaluent uniquement l'efficacité à court terme (36).

Traitements non pharmacologiques

i. Les psychothérapies

La revue Cochrane de 2014 a évalué l'efficacité des psychothérapies (thérapies cognitivo-comportementale (TCC), TCC 3ème vague, thérapies psychodynamiques, thérapie intégrative) sur la prise en charge des troubles somatoformes (37). Toutes les psychothérapies étaient supérieures aux soins habituels. Les soins habituels étaient la rééducation dans la plupart des

études ou parfois même l'absence de prise en charge. L'efficacité supérieure d'une psychothérapie associée à de la rééducation versus une psychothérapie seule a pu également être démontrée. La supériorité était évaluée par rapport à la sévérité des symptômes neurologiques fonctionnels, mais les effectifs étaient faibles (37).

Dans cette revue de Cochrane, seule la TCC a été suffisamment étudiée pour permettre des conclusions provisoires pour la pratique clinique. Les effets ont été durables après une année de suivi. La TCC dans les troubles neurologiques fonctionnels se base sur l'éducation des patients sur la maladie avec la prise de contrôles des symptômes notamment s'ils sont fluctuants et avec la reconnaissance des déclencheurs. L'objectif était de modifier les croyances concernant la maladie et de changer les comportements qui sont considérés comme des obstacles à l'amélioration de l'état clinique. La TCC visait donc aussi à élaborer des techniques de prévention des comportements d'évitement, majorant le handicap et la perte d'autonomie. Une étude multicentrique de 2014 a montré la supériorité de la TCC seule en comparaison à un traitement antidépresseur seul, la sertraline. Elle a aussi mis en avant l'effet bénéfique de cet antidépresseur en association avec une TCC (38).

Dans une étude de Dallachio de 2016, 29 patients présentant un trouble fonctionnel à phénotype moteur (plus de 75% de mouvements anormaux) étaient randomisés dans trois groupes : un groupe TCC seule (90 min, une fois par semaine), un groupe TCC associée à de l'exercice physique (60 min, 2 fois par semaine) et un groupe témoin sans prise en charge. La durée de l'étude était de trois mois. Les résultats ont montré une amélioration significative des deux groupes actifs en comparaison au groupe contrôle, sans différence entre les deux groupes actifs. L'étude montre aussi que plus le symptôme est sévère et installé, moins il y a d'amélioration (35). La TCC est particulièrement indiquée pour les patients souffrant de TNF et alexithymiques (30% des cas. En effet, délivrer une psychothérapie à un patient alexithymique demande des compétences spécifiques. Des études ont montré que l'alexithymie est un facteur de mauvais pronostic pour les traitements psychologiques travaillant sur l'insight ou l'approche émotionnelle. A l'inverse elle n'affecte en rien les thérapies cognitivo comportementales (21).

Des similitudes neurobiologiques ont été retrouvées entre le mécanisme de la transe hypnotique et les troubles neurologiques fonctionnels grâce à l'imagerie fonctionnelle, notamment l'activation du système fronto-limbique(39). Le système fronto-limbique implique principalement le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbito-frontal, qui ont un rôle dans la

reconnaissance des émotions et sont responsables de l'inhibition de l'exécution du mouvement (40). D'après les similitudes entre la paralysie induite par hypnose et la paralysie fonctionnelle, plusieurs auteurs ont ainsi fait l'hypothèse d'un état « d'auto-hypnose » chez les patients souffrant de TNF (40,41). De plus, les patients souffrant d'un TNF feraient preuve d'une hypnotisabilité supérieure en comparaison à la population générale et principalement ceux ayant un antécédent traumatique (42,43).

Les études évaluant le bénéfice apporté par l'hypnose dans la prise en charge des troubles neurologiques fonctionnels sont rares car les séances étant personnalisées et pratiquées différemment selon le thérapeute. En outre, on ne peut pas mettre en œuvre de protocole en double aveugle. Dans l'étude de Moene (41), 49 patients atteints de troubles fonctionnels neurologiques de type moteur ont été inclus. Les patients ont été inclus dans deux groupes : un groupe bénéficiant de dix séances d'hypnose et un groupe contrôle sans intervention. Des suggestions directes et indirectes de levée de symptômes ont été réalisées dans le premier groupe. L'étude montre une diminution significative des troubles dans le groupe traité par hypnose, alors que le groupe contrôle n'a pas d'amélioration clinique significative. L'amélioration clinique pour le groupe traité par hypnose a duré 6 mois. La limite principale de cette étude est le faible taux de recrutement. Cent deux patients étaient éligibles mais seulement 49 patients ont accepté de participer. Le nombre de perdus de vue n'était pas significativement différent entre les 2 groupes (4 dans le groupe hypnose et 5 dans le groupe contrôle). Toutefois, ce résultat reste encourageant pour réaliser d'autres études sur l'intérêt de l'hypnothérapie dans les troubles neurologiques fonctionnels. Des preuves supplémentaires seraient nécessaires concernant le mécanisme et le bénéfice à long terme (22).

Reuber et collaborateur ont mesuré l'efficacité de la thérapie interpersonnelle brève sur le bien-être, la qualité de vie et les symptômes physiques (44). La thérapie interpersonnelle est basée sur la théorie de l'attachement, elle vise à améliorer l'état général du patient en faisant évoluer son fonctionnement interpersonnel. Cette thérapie s'est montrée efficace chez 91 patients orientés vers un même psychothérapeute. Après 6 mois post psychothérapie (6 séances en moyenne), une amélioration clinique significative du bien-être, de la qualité de vie et des symptômes fonctionnels a été retrouvée chez 49% des patients.

ii. La stimulation magnétique transcrânienne

Plusieurs études sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne (notée TMS pour *transcranial magnetic stimulation*) sont prometteuses. L'étude rétrospective de Chastan et

Parain a montré l'efficacité de la TMS dans le traitement des paralysies fonctionnelles chez 89% des patients avec un suivi à 6 mois. L'efficacité était plus importante chez les patients présentant des symptômes d'évolution récente (45). Une étude de Schonfeldt publiée en 2016 a inclus 75 patients et a montré une efficacité chez 72% des patients, sans aggravation des troubles chez 100% des patients (46).

L'étude de Garcin publiée en 2017 et la méta-analyse de 6 études de Garcin publiée en 2018, montrent l'intérêt de l'utilisation de la TMS (19,47). Cette technique aurait des effets bénéfiques lorsque l'intensité utilisée correspond à 120–150% du seuil du moteur (intensité minimale de stimulation nécessaire pour qu'une réponse motrice soit enregistrable en électromyographie). Les pulses sont répétés à basse fréquence (0,25 Hz). Cinquante pulses, chacun d'une durée de 250 micro secondes, étaient administrés par séance. Deux régions ont été stimulées avec la même efficacité : le cortex moteur controlatéral aux symptômes (latéral pour les membres supérieurs et médial pour les membres inférieurs) et les racines des nerfs spinaux (cervicales pour les membres supérieurs et lombaires pour les membres inférieurs) (47). On retrouve souvent une efficacité significative de la TMS dans le traitement des TNF, cependant il n'existe pas de protocole validé. De plus nombreux essais contrôlés permettraient de mieux évaluer ce soin.

iii. La Rééducation fonctionnelle

Selon les symptômes, elle repose sur la collaboration de plusieurs soignants : les médecins rééducateurs, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes. Une méta-analyse récente a retrouvé 12 études qui ont étudié l'efficacité de la rééducation, soit seule (prise en charge hospitalière), soit en association dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. Ces études ont toutes démontré une efficacité de la rééducation, c'est-à-dire le plus souvent de la kinésithérapie (16,48).

Bien que les troubles neurologiques fonctionnels soient une source d'invalidité et de détresse, un nombre insuffisant de preuves sont disponibles pour guider les décisions de traitement. Cette situation est susceptible d'avoir été influencée par le *no man's land* que de tels patients occupent entre neurologues et psychiatres, souvent sans que les uns et les autres se sentent responsables ou compétents pour les prendre en charge.

Il existe des preuves de l'efficacité des TCC et de la rééducation. De tels traitements peuvent être potentialisés par l'utilisation de médicaments antidépresseurs.

1.7 Focus sur la psychoéducation

1.7.1 Définition

Le terme de psychoéducation commence à être utilisé dans son sens actuel depuis les années 1980. La psychoéducation est alors destinée aux familles de personnes souffrant de schizophrénie. Elle consiste en un partage d'information sur la pathologie, ils abordent alors des techniques de communications et résolvait des problèmes simples du quotidien (49). La démonstration de l'efficacité de la psychoéducation familiale pour prévenir les rechutes et les réadmissions va révolutionner les approches familiales. Cela va aussi ancrer l'usage du terme de psychoéducation dans son utilisation actuelle (49,50).

La psychoéducation est une intervention didactique et thérapeutique qui vise à informer les patients ou leurs proches sur les différents aspects d'un trouble psychiatrique. Elle permet de promouvoir les capacités pour faire face à la maladie, en apportant une information structurée sur celle-ci et ses traitements. Elle est destinée à favoriser l'implication des patients dans une prise en charge globale, elle est donc pratiquée en association avec d'autres thérapeutiques telles que les traitements médicamenteux ou une psychothérapie. On ne peut pas évaluer son efficacité indépendamment des autres thérapeutiques (51). Elle peut être pratiquée par des professionnels de différentes disciplines ou bien des pairs (50). Elle peut être réalisée de façon individuelle ou en groupe (52,53). La psychoéducation ne focalise pas son attention sur le « sujet malade » comme c'est le cas habituellement dans une psychothérapie, mais concilie le « sujet thérapeute » et le « sujet malade » (50). L'acquisition d'une autonomie dans les soins est une des finalités de la psychoéducation. Il est important de replacer le sujet en position d'acteur de sa maladie, afin qu'il ne vive plus les symptômes de manière passive et qu'il soit en capacité de surmonter le sentiment d'impuissance face à des phénomènes qu'il ne contrôle pas, ne connaît pas et ne comprend pas. Le patient devient capable de mettre en place des stratégies pour vivre avec sa maladie au quotidien et in fine améliorer sa qualité de vie. Le patient comprend mieux l'intérêt et les enjeux de son traitement. Son observance pourrait donc être meilleure (51).

Depuis la fin des années 1990, il existe une évolution vers le concept d'éducation thérapeutique qui, selon l'OMS « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y

compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (1996) (54). En 2009, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) est venue donner un cadre législatif à la notion d'éducation thérapeutique du patient (55). Pour parler d'éducation thérapeutique il est nécessaire de respecter ce cadre réglementaire. Les programmes sont validés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour un financement d'une durée de 4 ans. Passé ce délai, il faut demander un renouvellement. L'obtention d'une validation par l'ARS nécessite la complétion d'un cahier des charges strict. Les professionnels de santé qui créent et animent le groupe doivent notamment être formés à la démarche thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques. De plus, ils doivent réaliser des évaluations individuelles et des évaluations concernant le programme pour chacune des séances. Cette loi affirme l'accès à l'éducation thérapeutique comme un droit du patient.

Les objectifs de la psychoéducation et de l'éducation thérapeutique sont les mêmes et leur différence est plus sémantique que pratique. On peut définir l'éducation thérapeutique comme une approche sanitaire répondant à une définition réglementaire stricte et la psychoéducation comme un processus de soin. La psychoéducation est donc plus simple à mettre en œuvre car elle ne nécessite pas de cadre législatif ou de formation obligatoire (52).

1.7.2 Concepts théoriques

La démarche psychoéducative se construit autour de 3 concepts théoriques : la dimension pédagogique, la dimension psychologique et la dimension comportementale.

Dimension pédagogique

C'est la restitution de la connaissance. La pédagogie est l'art de l'éducation et rassemble les méthodes requises pour transmettre ses connaissances. Elle consiste à éclairer le patient et ses proches, de façon structurée, objective et dédramatisante sur la maladie et ses traitements, notamment en luttant contre les préjugés et les fausses croyances (56). Les méthodes d'enseignement doivent favoriser l'échange avec, et entre, les participants (mise en pratique par des exercices ou des jeux de rôle) (50). Les patients doivent pouvoir échanger avec les intervenants pour obtenir les informations qui les intéressent. Ainsi dans une perspective plus

large, la psychoéducation s'inscrit dans la transition vers une relation patient-soignant plus autonomiste et moins paternaliste (50).

Dimension psychologique

La psychoéducation permet d'aborder le vécu de la personne concernant sa pathologie et explorer les émotions générées par ses soins (51). Cette dimension concerne notamment l'annonce du diagnostic. L'information est transmise de manière personnalisée, c'est-à-dire adaptée à l'état psychique de chaque patient et permet de soulager le fardeau émotionnel de la pathologie (53).

Dimension comportementale

Cette dimension correspond à l'adaptation des attitudes et des comportements du patient au quotidien, grâce à l'enseignement de stratégies spécifiques pour agir sur les difficultés du quotidien en lien avec la maladie (50,56). Elle s'attache à mobiliser les ressources du patient dans son fonctionnement et dans son rapport à la maladie (gestion du traitement par exemple), en mettant en œuvre des stratégies thérapeutiques : gestion du stress, résolution de problèmes, techniques de communication (53).

1.7.3 Indications en psychiatrie

La psychoéducation est actuellement recommandée pour les troubles bipolaires et la schizophrénie (52,57–60). Les recommandations concernent les groupes de psychoéducation individuels et familiaux. Les recommandations canadiennes de 2005 précisent qu'il faut préconiser les formes familiales pendant la phase aiguë de la pathologie, le patient n'étant alors pas capable de tirer de bénéfice de la psychoéducation, cela pourrait même être contre-productif (61). Depuis la fin des années 1990, devant son efficacité dans les troubles schizophréniques, l'utilisation de la psychoéducation s'est étendue à d'autres troubles psychiques : troubles du comportement alimentaires, troubles bipolaires, troubles de la personnalité de type borderline et troubles anxieux (50). Des travaux sont en cours sur son bénéfice dans la prise en charge des états dépressifs caractérisés (52).

1.7.4 Limites

La psychoéducation suppose le partage d'informations sur le diagnostic entre thérapeute, patient et proches ; elle porte sur une pathologie précise. Il est donc essentiel qu'un diagnostic clair soit posé, ce qui n'est pas toujours le cas en psychiatrie. En effet, le diagnostic peut parfois être posé après plusieurs années d'évolution et certains psychiatres sont encore réticents à poser un diagnostic de peur « d'enfermer » un patient dans une case (62). Malgré la simplicité apparente de ces interventions, notamment l'absence de formation obligatoire contrairement à l'éducation

thérapeutique, il peut être difficile de mettre en place et d'animer un groupe sans formation préalable. La pédagogie n'est pas systématiquement enseignée aux soignants. Les soignants pourraient penser qu'il s'agit seulement de partager des connaissances mais leur rôle est plus large. Il faut animer un groupe c'est-à-dire faciliter les interactions entre les différents participants, mettre en avant la réflexion de chacun (50).

Il n'y a pas de financement spécifique attribué par l'ARS pour la mise en place des groupes de psychoéducation à l'inverse de l'éducation thérapeutique, ce qui peut limiter ce type de proposition thérapeutique par les institutions. En effet, la création d'un groupe de psychoéducation prend du temps et réquisitionne plusieurs professionnels.

Pour orienter les patients vers la psychoéducation, ils doivent s'investir activement or les patients peuvent avoir un déficit d'insight avec parfois un déni ou une non acceptation de la maladie. De plus, il existe souvent des difficultés cognitives, secondaires à la pathologie elle-même ou aux psychotropes, qui compliquent la transmission de l'information et l'échange (50). Elle doit donc être indiquée au bon moment dans le parcours de soins d'un patient pour être efficace et productive, c'est-à-dire ne pas le mettre en difficulté ni le brusquer ce qui l'éloignerait des soins psychiatriques (50).

1.7.5 Psychoéducation en groupe

Définition et Historique

Un groupe est un ensemble d'au moins 3 personnes réunies au même moment et ayant des caractéristiques communes. Il existe des groupes thérapeutiques depuis près d'un siècle. Déjà en 1905, le Dr Joseph Pratt, médecin généraliste à Boston, réunissait des patients atteints de tuberculose lors de groupes de discussion hebdomadaires et aurait constaté le bénéfice du soutien mutuel qu'ils s'apportaient (63). Dans le modèle initial des groupes thérapeutiques, l'enseignement aux patients se fait sous la forme d'un cours magistral durant lequel l'enseignant donne des informations détaillées sur la pathologie concernée. Le rôle du patient est alors d'écouter et il peut poser quelques questions à la fin de la séance. Cette méthode a montré son efficacité concernant la connaissance des patients sur leur maladie mais n'incite pas le patient à s'impliquer comme acteur principal de sa pathologie (64).

Un modèle plus actuel s'est progressivement développé avec un déroulement sous la forme d'une réunion interactive entre les animateurs et les patients. La relation entre les acteurs est horizontale et non verticale. Ce n'est pas un expert qui détient le savoir médical mais une équipe

souvent multidisciplinaire de soignants spécialistes de la pathologie qui permettent de répondre aux besoins des patients selon différents axes. Leur rôle est aussi de faciliter l'interaction entre les participants et de permettre à chacun de développer leurs réflexions. Ce modèle est centré sur le patient et ses attentes (64).

Intérêts et limites

i. Intérêts

Il existe souvent un isolement social chez les patients qui présentent une pathologie encore peu connue et peu comprise dans la population générale. Le groupe a donc un intérêt d'autant plus grand pour les pathologies stigmatisées ou non connues. L'échange avec d'autres personnes qui partagent les mêmes interrogations et les mêmes sentiments permet de déstigmatiser la pathologie, de sortir de la solitude et souvent de la honte associée à ce sentiment de solitude. Les patients du groupe peuvent à leur tour transmettre des informations, des conseils ou des critiques constructives à leurs pairs ce qui pourrait être plus facile à entendre que les informations provenant des soignants (64). Il est alors plus naturel pour les patients de modifier leurs perceptions et leurs comportements dans ce contexte. Les symptômes peuvent entraîner un handicap avec une perte d'autonomie importante rendant les rencontres plus fastidieuses. Ce partage est l'opportunité de se sociabiliser et par conséquent de restaurer sa confiance en soi (50,65,66).

Le groupe permet une convivialité et un dynamisme ce qui rend cette formule plus attractive, permettant de mobiliser un plus grand nombre de patients (67). Ce format permet aussi de prendre en charge plusieurs patients simultanément, ce qui constitue un gain de temps et d'argent (63,64).

ii. Limites

Il est difficile de garantir la confidentialité des informations médicales ce qui peut dissuader certains patients de participer (64). Le format du groupe peut engendrer des difficultés à se sentir à l'aise et à profiter de la thérapie (67). Le patient et le soignant peuvent avoir l'impression de perdre la relation privilégiée d'une prise en charge individuelle (67). D'ailleurs, le patient reçoit malgré tout moins d'attention que lors d'une consultation individuelle. Il est plus difficile de s'adapter à son rythme ou d'aborder des attentes plus spécifiques (64). Les soignants sont souvent habitués au contact singulier avec le patient et peuvent se sentir désarçonnés devant un groupe. Ils peuvent ainsi avoir des difficultés à animer le groupe et à en exploiter les ressources. En effet, il ne s'agit pas de reproduire ce qui est élaboré en prise en

charge individuelle. Ceci souligne l'importance d'une formation préalable afin d'acquérir des compétences pédagogiques (64).

1.7.6 Etat de l'art

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur les groupes de psychoéducation pour les TNF. Les caractéristiques des groupes sont résumées dans le **Tableau 1**. Les publications sur cette thématique sont peu nombreuses (9 publications) et concernent essentiellement les patients souffrant de CNEP (8 publications). Toutes les études ont retrouvé des résultats positifs quel que soit le format du groupe. L'amélioration significative en fin de session peut concerner les symptômes des TNF, la qualité de vie des patients, la perception de leur maladie, leur fonctionnement global ou bien leurs comorbidités psychiatriques.

Une seule étude inclut des patients sans restriction de phénotype pour les TNF (68). Cette étude propose un groupe pour les patients TNF et un groupe pour les patients CNEP. Les patients TNF présentaient des améliorations plus importantes de bien-être émotionnel (capacité à gérer les émotions) et physique (sentiment d'être en bonne santé physique et de satisfaire raisonnablement les besoins primordiaux de son corps) en comparaison aux patients CNEP. Les auteurs n'ont pas proposé d'hypothèse explicative vis-à-vis de ce résultat qui doit être considéré avec précaution devant le faible nombre de patients : 6 dans le groupe TNF et 10 dans le groupe CNEP (68).

Parmi ces études, 2 ont inclus des groupes menés dans différents centres (l'étude de Wiseman dans 4 hôpitaux et l'étude de LaFrance dans 3 hôpitaux), leur conférant ainsi un caractère multicentrique. Cela permet une plus grande représentativité de la population des TNF et cela valide la reproductibilité du groupe (38,69). Les variables d'amélioration divergent selon les études. En effet, certaines vont retrouver une amélioration significative de la qualité de vie ou bien des symptômes des TNF, ce qui ne sera pas retrouvé dans d'autres études.

Les caractéristiques sociodémographiques des patients recrutés ne sont pas représentatives de la population des personnes ayant un TNF dans toutes les études, notamment parce que le nombre de patients est faible. En effet dans l'étude de Chen, 75% des patients étaient des hommes (70). De plus, sur le plan clinique ce sont souvent des patients souffrant de comorbidités chroniques et sévères, par exemple dans l'étude de Wiseman tous les patients présentaient des comorbidités psychiatriques (42). Toutefois, les améliorations retrouvées chez des patients avec une clinique complexe et grave est encourageante. Cela permet d'envisager une amélioration d'autant plus importante pour une population plus large de patients souffrant de TNF (38,68,69).

Parmi les 9 études, 2 sont contrôlées par des groupes témoins et randomisées avec un niveau de preuve élevé (38,70). Les résultats mettent en évidence des facteurs de confusion comme un suivi psychothérapeutique individuel simultané ou bien un traitement pharmacologique (69,71). Seule l'étude de Lafrance compare 4 sous-groupes avec différentes interventions après randomisation : (i) groupe de psychoéducation, (ii) groupe de psychoéducation et traitement par sertraline (iii) traitement par sertraline seul et (iv) traitement habituel (38).

Une étude propose l'inclusion des familles dans la prise en charge. Ces dernières ont été réunies entre elles, à l'occasion de 4 séances pendant 1 heure, et en l'absence de leur proche. Un livret explicatif sur la maladie leur a été remis. Un changement d'attitude des membres de la famille à l'égard des crises a été décrit par les patients. Cela pourrait résulter de l'information des familles sur la nature psychologique des troubles (72). Il apparaît alors pertinent de pouvoir inclure les familles dans les prises en charge groupale des TNF.

Il peut être intéressant de noter que la télémédecine, c'est-à-dire une consultation via un écran en direct, a été utilisée avec succès pour 2 patients dans le groupe de Lafrance et Reiter. Les patients se trouvaient en effet dans l'impossibilité de se déplacer (pour des raisons météorologiques ou de transports). Cela a leur a permis de pouvoir participer aux séances et de ne pas induire de biais de rétention (38). Le petit nombre de séances (3 ou 4) est un point positif d'après l'étude de Chen. Les auteurs expliquent dans leur discussion que cela permet une standardisation du groupe et une reproduction plus facile dans d'autres centres de santé (70).

Le taux de recrutement (personnes invitées à participer à l'étude et qui ont acceptées) est faible dans toutes les études : environ 50%. Le taux de rétention (proportion de patients qui ont participé à toutes les séances) est également faible, excepté pour l'étude de Lafrance qui a maintenu un contact bihebdomadaire avec les patients pendant toute la durée du groupe (38). Cela pose la question de la nécessité d'une communication régulière avec les patients pendant le groupe. Aucune étude ne propose de suivi des patients après le groupe. On ne retrouve donc pas d'information sur l'effet à long terme sur les différentes variables mesurées.

Il est important de noter que certains groupes sont des groupes à visée thérapeutique (38,68,71,73), d'autres sont des groupes de psychoéducation (66,69,70) et certains sont mixtes (72,74). Leurs objectifs sont donc différents.

Dans l'ensemble, ces résultats sont très encourageants, d'autant que les deux études ayant recherché la satisfaction des patients ont montré des résultats positifs (69,73). La satisfaction des patients a été évaluée par des questionnaires donnés en fin de session.

Cette revue de la littérature nous a permis de constater qu'il était intéressant et pertinent de développer un groupe de psychoéducation pour les patients ayant un TNF dans notre service.

Tableau 1 Synthèse des articles de la revue de littérature

| Article | Indication | Effectif | Nombre total de séances | Durée des séances | Nombre de séance par mois | Variable significativement améliorée |
|----------------------|------------|----------|-------------------------|-------------------|---------------------------|--|
| Conwill, 2014 (68) | TNF | 6 | 5 | 1h00 | 4 | - Qualité de vie (SF-36 : p = 0,04) |
| | CNEP | 10 | 4 | | | |
| Wiseman, 2016 (69) | CNEP | 19 | 4 | 1h00 | 4 | - Qualité de vie (CORE : p = 0,021) - Perception de la maladie (BIPQ : p = 0,002) |
| Chen, 2013 (70) | CNEP | 64 | 3 | 1h30 | 1 | - Adhésion au diagnostic (Questionnaire : p < 0,01) - Fonctionnement général (WSAS : p < 0,05) |
| Cope, 2017 (73) | CNEP | 25 | 3 | 1h30 | 4 | - Fréquence des crises - Détresse psychologique (ET7 : p = 0,028) - Perception de la maladie (BIPQ : p < 0,001) |
| Zaroff, 2004 (66) | CNEP | 10 | 10 | 1h00 | 4 | - Fréquence des crises - Dissociation (CES : p = 0,04) - Traumatiques psychiques (DTS : p = 0,003) - Stratégies d'adaptation (CISS : p = 0,03) |
| Lafrance, 2014 (38) | CNEP | 27 | 12 | 1h00 | 4 | - Fréquence des crises (Questionnaire : p = 0,09) - Symptômes dépressifs (BDI : p = 0,01 ; HDRS : p = 0,04) - Symptômes Anxieux (BAI : p = 0,03 ; HDRS : p = 0,04) - Qualité de vie (QOLIE-31 : p < 0,05) - Fonctionnement global (GAF : p = 0,03 ; CGI : p = 0,01) - Evaluation globale (OHS : p = 0,02; LIFE RIFT : p = 0,05) |
| Metin, 2013 (72) | CNEP | 13 | 12 | 1h30 | 4 | - Fréquence des crises - Symptômes Anxieux (STAI : p = 0,02) - Qualité de vie (SF-36 : p = 0,03) |
| Prigatano, 2002 (74) | CNEP | 13 | 24 | 1h30 | 4 | - Fréquence des crises |
| Barry, 2008 (71) | CNEP | 12 | 32 | 1H30 | 4 | - Fréquence des crises - Symptômes dépressifs (BDI : p < 0,01) - Evaluation globale (SCL-90 : p = 0,03) |

Les échelles utilisées afin d'évaluer l'efficacité sur les différentes variables cliniques sont détaillées dans en **Annexe 6**.

2 OBJECTIFS

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la faisabilité d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de TNF dans le service de psychiatrie de l'adulte de l'hôpital neurologique Pierre Wertheimer à Lyon.

Les objectifs secondaires sont l'amélioration de la qualité de vie, l'évolution de la perception de la maladie et le succès d'une orientation vers un suivi psychiatrique.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 Présentation de la structure

3.1.1 Service de psychiatrie de liaison-consultation de l'hôpital Neurologique de Lyon

Le service de psychiatrie de liaison-consultation de l'hôpital Neurologique est situé à Bron, à la périphérie de Lyon. Les effectifs du service par profession sont détaillés dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 Effectifs du service

| PROFESSION | Psychiatre | Psychologue | Interne | Secrétaire | Cadre |
|-------------------|-------------------|--------------------|----------------|-------------------|--------------|
| ETP | 2,5 | 3,5 | 2 | 1,8 | 1 |

ETP : Equivalent Temps Plein

Le service est destiné à proposer plusieurs prestations pour les patients hospitalisés ou consultants à l'hôpital Neurologique de Lyon Pierre Wertheimer. Il intervient dans tous les services de l'établissement, à la demande du patient, relayée par l'équipe soignante ou à la demande de l'équipe soignante, après en avoir informé le patient. Le détail des unités de l'hôpital se trouvent dans le **Tableau 3**.

Tableau 3 Services de l'hôpital neurologique Pierre Wertheimer de Lyon

| | | |
|-----------------|-----------------------|---|
| Niveau 5 | Unité 501 | Neurochirurgie et chirurgie du rachis et de la moelle épinière |
| | Unité 502 | Plateforme commune de jour |
| Niveau 4 | Unité 400 | Neurochirurgie fonctionnelle, de la moelle et des nerfs périphériques |
| | Unité 401 | Troubles du mouvement et des pathologies neuromusculaires |
| | Unité 402 | Neuro-cognition et neuro-ophtalmologie |
| Niveau 3 | Unité 300 | Neurochirurgie tumorale et malformations vasculaires du système nerveux |
| | Unité 301 | Neurologie fonctionnelle - Epileptologie |
| | Unité 302 | Troubles du mouvement et des pathologies neuromusculaires |
| Niveau 2 | Unité 200 | Chirurgie des adénomes hypophysaires et de la base du crâne |
| | Unité 201 | Neuro-vasculaire |
| | Unité 202 | Neuro-oncologie médicale |
| Niveau 1 | Unité 100 | Neurochirurgie et chirurgie du rachis et de la moelle épinière |
| | Unité 101 | Sclérose en plaques, pathologies de la myéline et neuro-inflammation |
| | Unité 102 | |
| RDC | Unité 1000 | Unité Neuro-vasculaire |
| | Réanimation | Réanimation neurologique |
| RDJ | SRPR | Rééducation post-réanimation |
| | Neurochirurgie | Neurochirurgie fonctionnelle de la moelle et des nerfs périphériques |

Ce service propose une compréhension bio-psycho-sociale de la personne malade, grâce à un travail d'équipe. Pour se faire chaque membre de l'équipe dispose de compétences spécifiques dans la prise en charge interdisciplinaire des patients complexes. Les prises en charge intègrent en effet les comorbidités non psychiatriques et psychiatriques (psychiatrie, psychologie, psychothérapie, psychopharmacologie). Des parcours de soins spécifiques sont dédiés à l'évaluation et à la prise en charge des patients :

- Ayant bénéficié d'une greffe cardiaque, chirurgie bariatrique, chirurgie du rachis, chirurgie de l'épilepsie
- Souffrant de troubles neurologiques fonctionnels (parcours de soin spécifique PULSES)
- Souffrant de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et troubles apparentés (syndrome de Gilles de la Tourette ...)

Plusieurs groupes de psychoéducation sont proposés : « Gestion du stress », « Affirmation de soi » et « psychoéducation pour les troubles obsessionnels compulsifs ».

3.1.2 Parcours de soin spécifique PULSES

Présentation Générale

La filière PULSES (Programme Universitaire de Liaison et de Soins pour les Etiologies Somatoformes), regroupe 1 psychiatre, 4 psychologues et 1 interne.

Les effectifs par profession sont détaillés dans le **Tableau 4** ci-dessous.

Tableau 4 Composition ETP de PULSES

| PROFESSION | Psychiatre | Interne | Psychologues |
|------------|------------|---------|--------------|
| ETP | 0,2 | 0,1 | 0,4 |

L'indication d'une prise en charge PULSES est le diagnostic de TNF, tous phénotypes confondus, en dehors des douleurs fonctionnelles dont la physiopathologie et la prise en charge diffèrent probablement. Les patients sont adressés par le neurologue référent qui a mené le bilan étiologique et qui a annoncé le diagnostic au patient.

Le premier contact avec le patient peut être réalisé lors de son hospitalisation le cas échéant ou en consultation ambulatoire. Il consiste à évaluer le vécu émotionnel du patient par rapport au diagnostic. Le psychiatre apporte des informations concernant la pathologie, son étiopathogénie et sa prise en charge. Ce premier contact contribue à destigmatiser la maladie et permet d'introduire les soins psychiatriques. On propose alors au patient de réaliser tout d'abord un bilan diagnostique.

Bilan diagnostique

Une anamnèse clinique complète est effectuée ainsi qu'une étude de la psychopathologie individuelle avec la recherche des facteurs de risque. Une évaluation psychométrique est réalisée

à l'aide d'échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation afin d'évaluer la psychopathologie individuelle et les comorbidités psychiatriques potentielles. Cette évaluation permet de mettre à jour les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants du TNF. Les échelles d'auto-évaluation sont détaillées dans le **Tableau 5**. Les échelles d'hétéro-évaluation sont la Clinical Global Improvement (CGI) qui permet une évaluation globale et la MINI-DSM qui permet de réaliser un screening des pathologies psychiatriques.

Tableau 5 Evaluation psychométrique des patients PULSES

| | |
|---------------------------------|---|
| Évaluation Globale | World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF) (75) Quality Of Life in Epilepsy (QOLIE-31) (76) |
| Symptômes dépressifs | Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (77) Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) (78) |
| Symptômes anxieux | State-Trait Anxiety Inventory (STAI-A et STAI-B) (79) Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (80) |
| Traumatisme Psychique | Childhood Traumatic Questionnaire (CQT) (81) |
| Personnalité | Big Five Inventory (82) Personality Disorder Questionnaire (PDQ-4) (83) |
| Alexithymie | Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (84) |
| Perception de la maladie | Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) (85) |
| Dissociation | Dissociative Experiences Scale (DES) (86) |
| Crise psychique | Social Readjustment Rating Scale (87) Perceived Stress Scale (PSS-10) (88) |

Dans le cas où un trouble psychiatrique caractérisé est retrouvé à la MINI-DSM, des échelles plus sensibles sont proposées au patient :

- L'échelle de Montgomery-Asberg (MADRS) pour l'évaluation des symptômes dépressifs (89)
- La Post-traumatic Check List (PCL-5) pour l'évaluation des traumatismes psychiques (90)
- Les échelles d'Hamilton pour l'anxiété généralisée (91)
- Liebowitz pour les symptômes anxieux phobie sociale (92)
- La Mood Disorder Questionnaire (MDQ) pour le trouble bipolaire (93)

- L'échelle d'obsession et compulsion de Yale Brown (YBOCS) pour le TOC (94)
- La Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) pour le trouble psychotique (95)

A la suite de cette évaluation standardisée, l'équipe PULSES se réunit afin d'élaborer une synthèse de la situation clinique et de proposer une prise en charge adaptée et personnalisée.

Prise en charge

A l'issue de cette réunion clinique, une consultation est dédiée à la restitution des résultats du bilan psychométrique et à la formulation avec le patient d'une proposition thérapeutique. La proposition thérapeutique peut concerner un suivi psychiatrique et/ou un suivi psychothérapeutique individuel et/ou une prise en charge groupale. Cette prise en charge peut être organisée dans le service de psychiatrie de liaison-consultation ou en libéral, selon les préférences et les disponibilités du patient. Dans tous les cas, une consultation psychiatrique à distance (3 à 6 mois après le bilan) est organisée afin de réévaluer l'évolution des symptômes.

Dans le but de développer davantage ce parcours de soins spécifique, et d'après les données de la littérature sur l'importance de la psychoéducation dans les TNF, l'équipe PULSES a réfléchi à la création d'un programme de psychoéducation destiné aux patients souffrant de TNF.

3.2 Etapes de la conception du groupe

3.2.1 Groupe de travail

Un groupe de travail a été formé par 2 psychologues (AB et LdJ) et moi-même. AB est psychologue affiliée au Centre de Ressources Recherche et Compétence Sclérose en Plaques et LdJ est psychologue au sein du service de psychiatrie de liaison à mi-temps et du service ELSA à mi-temps. AB et LdJ sont toutes les 2 formées aux thérapies cognitives et comportementales. Nous étions supervisées par le psychiatre responsable de la filière PULSES (AG). Nous nous sommes réunies une demi-journée par semaine pendant 5 semaines avant de débiter la première séance du groupe. Nous avons également sollicité régulièrement un retour des autres membres de l'équipe PULSES à chaque étape de la construction de ce groupe.

Nous nous sommes basées sur les données de la littérature pour réfléchir aux objectifs du groupe et pour définir les modalités pratiques telles que les critères d'inclusion et d'exclusion, le nombre de participants, la fréquence et la durée des séances, ainsi que le lieu (*cf. Tableau 1*). Nous avons construit chaque séance dans le détail en choisissant des outils appropriés et

diversifiés afin de créer un environnement motivationnel. Nous avons aussi défini les objectifs et les compétences que nous souhaitons travailler lors de chaque séance.

3.2.2 Choix des modalités pratiques

Critères d'inclusion

Afin de favoriser la reproductibilité du groupe et de proposer ultérieurement ce groupe à plus grande échelle, nous avons souhaité inclure le plus de patients possibles et être le moins restrictif possible. Nous avons décidé d'inclure les patients de la filière PULSES pour lesquels le diagnostic de TNF a donc été posé par un neurologue et un psychiatre. Le patient pouvait être inclus même s'il était déjà engagé dans une psychothérapie individuelle car les objectifs du groupe sont différents et les deux travaux peuvent être complémentaires.

Nous nous sommes posées la question de créer des groupes spécifiques pour chaque phénotype de TNF, d'autant que certains symptômes sont paroxystiques comme les CNEP ou les malaises et d'autres sont continus. De façon pratique tout d'abord, il paraît déontologiquement inapproprié de proposer un groupe exclusivement aux patients présentant un seul type de symptôme et de demander aux autres patients d'attendre plusieurs semaines avant de pouvoir être inclus dans le groupe suivant ; d'autant que, certains symptômes neurologiques involontaires sont plus rares que d'autres (troubles de l'élocution et troubles cognitifs). De façon plus théorique, nous n'avons pas comme objectif de focaliser le groupe sur les symptômes physiques des patients, mais plutôt sur la compréhension de leur propre trouble. Donc un groupe constitué par des patients souffrant de différents symptômes fonctionnels ne poserait pas de problème pour les interventions pédagogiques. Enfin, côtoyer des patients souffrant de symptômes fonctionnels différents pourrait permettre aux patients d'observer que la même pathologie s'exprime de différentes façons. Nous avons néanmoins fait le choix délibéré de ne pas inclure de patients souffrant de CNEP dans ce premier groupe pilote car d'une part les groupes existants sont presque tous consacrés à ces patients et ont déjà montré leur efficacité et d'autre part, contrairement aux données de la littérature, ces patients ne représentaient pas une grande proportion de notre file active.

Nous nous sommes aussi posées la question d'inclure des patients n'acceptant pas le diagnostic. Mais quelle que soit la spécialité, il n'a jamais été possible de contraindre un patient à réaliser des soins s'il n'est pas convaincu par sa pathologie (15). Le manque d'adhésion au diagnostic aurait sans doute entraîné une mauvaise adhésion de la part du patient et nous craignons une

présentation hostile aux propositions du groupe : tâches à domicile, participation orale. Afin de faciliter cette étude de faisabilité et de ne pas compromettre la dynamique du groupe, nous n'avons pas inclus les patients qui présentaient un degré d'incertitude vis-à-vis du diagnostic. L'adhésion au diagnostic est une première étape majeure pour pouvoir par la suite accepter une participation au groupe de psychoéducation.

Nous n'avons pas fixé de restriction d'âge d'autant que notre file active ne comprend aucun mineur. Nous avons fixé un effectif minimum de 4 patients afin de développer une interaction suffisante et de favoriser un travail avec un véritable échange d'expériences. Aujourd'hui, la plupart des équipes semblent s'accorder sur des groupes de dimensions modérées (8 à 10 personnes). En effet, les bénéfices de l'interaction entre les participants seraient alors optimaux. Cela leur permettrait dans un même temps, de valider leurs propres expériences face aux autres et de répondre à leurs besoins en pouvant apprendre des expériences des autres (64).

Séances

i. Fréquence

Nous avons choisi de proposer des séances hebdomadaires car parmi les 9 groupes de psychoéducation décrits dans le **Tableau 1**, 8 ont lieu une fois par semaine. Un seul groupe a proposé la fréquence d'une séance par mois, cependant leur choix n'est pas justifié par les auteurs. Sur le plan pratique, il semblerait trop contraignant de proposer plus d'une séance par semaine.

ii. Nombre total

Les 9 groupes de psychoéducation présentés dans le **Tableau 1** proposent 3 à 32 séances. Ils ont tous montré une efficacité, le nombre de séances ne semble donc pas en jeu.

Plusieurs groupes de psychoéducation ont proposé des séances de maintien. Ce sont des séances en fin de session, généralement plus espacées et qui permettraient de maintenir les acquis et d'avoir une efficacité plus longue dans le temps. Ce sont comme des séances de révisions (57). Nous avons donc proposé une séance 3 mois après le groupe afin de savoir si les informations délivrées ont été utiles et de répondre éventuellement à de nouvelles interrogations.

En regard de nos différents objectifs, nous avons choisi de faire 6 séances au total avec un premier module de 5 séances à raison d'une séance par semaine pendant 5 semaines consécutives et une séance à 3 mois.

iii. Durée

Les séances devraient durer entre 60 et 90 minutes afin que les patients puissent conserver leurs capacités de concentration (96). Quatre des groupes de psychoéducation durent 1 heure et 5 durent 1 heure et demi (*cf.* **Tableau 1**). Nous avons choisi prévoir un créneau de 90 minutes par séance.

iv. Animation

Nous étions au total 4 animatrices : 2 psychologues, 1 interne et 1 chef de clinique assistante. Pour animer une séance, nous étions minimum 2 et maximum 3 selon la disponibilité des animatrices.

3.3 Patients

Nous avons inclus 6 patients dans ce premier groupe pilote.

3.3.1 Madame D.

Tableau 6 : Caractéristiques démographiques, psychosociales et cliniques de Madame D.

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| Caractéristiques démographiques | Sexe | Féminin |
| | Age | 20 ans |
| Antécédents | Antécédent psychiatrique personnel | Episode dépressif caractérisé (EDC) en aout 2016 non pris en charge |
| | Antécédent psychiatrique familial | Aucun |
| | Antécédent psychiatrique non | Aucun |
| | Toxique | Aucun |
| Traitements | Traitement actuel | Aucun |
| Biographie | Travail | Sans emploi, bac professionnel service restauration en 2016 |
| | Famille | En couple |
| | Antécédent traumatique | Aucun |
| | Loisir | Aucun |
| Clinique | Délai avant diagnostic | 2 ans |
| | Bilan lésionnel / symptômes du TNF | Contractures glosso-pharyngées, durée de quelques minutes à 1h, plusieurs épisodes par jour Fatigabilité Lourdeur des paupières, photophobie, douleurs et vertiges |
| | Comorbidités psychiatriques | Phobie sociale et trouble panique (MINI, STAI A : 70, STAI B : 50, Liebowitz : 32) Personnalité évitante et obsessionnelle compulsive (PDQ-4) |
| | Echelle WHOQOL | 11,5 / 20 |

3.3.2 Madame C.

Tableau 7 : Caractéristiques démographiques, psychosociales et cliniques de Madame C.

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| Critères démographiques | Sexe | Féminin |
| | Age | 43 ans |
| Antécédents | Psychiatrique personnel | Idées suicidaires scénarisées en 2018, pas de prise en charge |
| | Psychiatrique familial | Aucun |
| | Non psychiatrique | Lyme neurologique en mai 2018 Infections à répétition (pyélonéphrite, salpingites, péricardite, pneumopathie) Céphalées |
| | Toxiques | Tabagisme actif |
| Traitements | | Laroxyl 25mg/j, prescrit pour les céphalées |
| Biographie | Travail | Arrêt maladie depuis aout 2018 (péricardite) Ancienne assistante maternelle |
| | Famille | Mariée, son mari serait éthylique chronique 2 enfants : 20ans et 16 ans |
| | Evènements traumatiques | 1 agression physique par son mari en 2018 |
| | Loisirs | S'occuper de ses enfants |
| Clinique | Délai avant diagnostic | 5 mois |
| | Bilan lésionnel / symptômes du TNF | Déficit sensitivomoteur hémicorporel gauche Héminégligence Troubles de la marche Episodes de dysarthrie transitoires Céphalées Douleurs lombaires à type de décharge électrique |
| | Comorbidités psychiatriques | Dépression modérée (MINI, PHQ-9 : 7, MADRS : 20) |
| | Echelle WHOQOL | 14 / 20 |

3.3.3 Madame M.

Tableau 8 : Caractéristiques démographiques, psychosociales et cliniques de Madame M.

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| Critères démographiques | Sexe | Féminin |
| | Age | 33 ans |
| Antécédents | Psychiatrique personnel | Episode dépressif caractérisé (EDC) actuel évoluant depuis juillet 2018 Crise Suicidaire en décembre 2018 à l'annonce du diagnostic de du TNF, hospitalisation en psychiatrie |
| | Psychiatrique familial | Aucun |
| | Toxique | Tabagisme actif |
| Traitements | | Paroxetine 20 mg/jr Minipress 2,5 mg/jr Temesta 1 mg/jr |
| Biographie | Travail | Arrêt maladie depuis juillet 2018 Ancienne infirmière en hospitalier |
| | Famille | Mariée, 2 enfants : 6ans ½ et 5ans |
| | Antécédent traumatique | 2 agressions sexuelles par des collègues pompiers il y a 10 ans Plusieurs agressions physiques enfants et adolescents par des collégiens et des lycéens |
| | Loisirs | Aucun |
| Clinique | Délai avant diagnostic | 4 ans |
| | Bilan lésionnel / symptômes du TNF | Troubles de la marche importants Membres inférieurs : faiblesse musculaire, contractures fréquentes, tremblements, douleur Fatigabilité |
| | Comorbidités psychiatriques | Dépression sévère (MINI, PHQ-9 : 26, MADRS : 32) Trouble anxieux non spécifié (STAI A : 74, STAI B : 74) Etat de Stress Post traumatique (PCL-5 : 62) |
| | Echelle WHOQOL | 10,75 / 20 |

3.3.4 Monsieur L.

Tableau 9 : Caractéristiques démographiques, psychosociales et cliniques de Monsieur L.

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| Critères démographiques | Sexe | Masculin |
| | Age | 59 ans |
| Antécédents | Antécédent psychiatrique personnel | Aucun |
| | Antécédent psychiatrique familial | Père : suicide par pendaison |
| | Antécédent psychiatrique non | SAOS appareillé depuis 5 ans Obésité, diabète de type 2, dyslipidémie 2 hernies cervicales opérées |
| | Toxiques | Alcool : 4 unités / jour |
| Traitements | | Kardegic 75 mg/jour Metformine 2000 mg/jour Glicazide 60 mg/jour Victoza 1.8 mg/jour Ramipril 5 mg/jour |
| Biographie | Travail | Arrêt de travail depuis novembre 2017 Ancien technicien dans la métallurgie sur les machines à commandes numériques |
| | Famille | En procédure de divorce Pas d'enfant |
| | Antécédent traumatique | Aucun |
| | Loisir | Pêche, bricolage, quad, puzzle, pétanque |
| Clinique | Délai avant diagnostic | 10 jours |
| | Bilan lésionnel / symptômes du TNF | Troubles phasiques Déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps droit |
| | Comorbidités psychiatriques | Aucune |
| | Echelle WHOQOL | 14,25 / 20 |

3.3.5 Monsieur M.

Tableau 10 : Caractéristiques démographiques, psychosociales et cliniques de Monsieur M.

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Critères démographiques | Sexe | Masculin |
| | Age | 59 ans |
| Antécédents | Antécédent psychiatrique personnel | Aucun |
| | Antécédent psychiatrique familial | Aucun |
| | Antécédent psychiatrique non | SAOS sévère Fibromyalgie Porteur du groupage HLA B27 Hypogammaglobulinémie |
| | Toxiques | Aucun |
| Traitements | | Plavix 75 mg cp Atorvastatine 20 mg cp Pantoprazole 20 mg cp Aciclovir 200 mg |
| Biographie | Travail | Chef d'entreprise |
| | Antécédent traumatique | Aucun |
| | Famille | Divorcé en 2012 En couple actuellement A des enfants et des petits enfants |
| | Loisir | Aucun |
| Clinique | Délai avant diagnostic | 10 jours |
| | Bilan lésionnel / symptômes du TNF | Troubles mnésiques Déficits neurologiques focaux d'apparition brutale Episodes d'aphasie totale (mutisme) |
| | Comorbidités psychiatriques | Aucune |
| | Echelle WHOQOL | 14,75 / 20 |

3.3.6 Monsieur R.

Tableau 11 : Caractéristiques démographiques, psychosociales et cliniques de Monsieur R.

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Critères démographiques | Sexe | Masculin |
| | Age | 65 ans |
| Antécédents | Antécédent psychiatrique personnel | Hospitalisation en 1974 pour un Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) Hospitalisation en 2012 pour un EDC et un ESPT Episode dépressif récurrent |
| | Antécédent psychiatrique familial | Frère : suicide par précipitation sur un train en mars 2019 Cousin germain : suicide |
| | Antécédent psychiatrique non | Infarctus du myocarde Hypertension artérielle Cholestérol Diabète Névralgie faciale |
| | Toxique | Dépendance à l'Xprim sevrée |
| Traitements | Traitement actuel | Seresta 30mg/jr Kardegic Acebutolol Ramipril Glucor Atorvastatine Inexium Nefopam Fluticasone Oxcarbazepine |
| Biographie | Travail | Arrêt travail depuis 2004 suite à un accident de travail Ancien manutentionnaire dans le chauffage |
| | Famille | Marié, 1 fils, 1 petite fille de 5 ans |
| | Antécédent traumatique | Multiplés traumatismes de guerre |
| | Loisir | Cuisine, s'occuper de son chien, regarder télévision, internet |
| Clinique | Délai avant diagnostic | Symptômes membres supérieurs (2018) : 1 mois |
| | | Syndrome douloureux diffus (2004) : 1 an |
| | | Troubles de la mémoire et dysurie (1974) : 10 ans |

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| | Bilan lésionnel / symptômes du TNF | Syndrome douloureux diffus Episodes de dysurie Tremblements membre supérieur droit Troubles de la mémoire |
| | Comorbidités psychiatriques | EDC (PHQ-9 : 9) Etat de Stress Post Traumatique (PCL-5 : 51) |
| | Echelle WHOQOL | 12,25 / 20 |

3.4 Déroulement des séances et objectifs

3.4.1 Tout au long des séances

Livret du patient

Nous avons créé un livret-guide pour le patient comme la plupart des groupes de psychoéducation pour les TNF. Nous nous sommes inspirés du livret utilisé dans le groupe de Lafrance (97).

Ainsi, le livret contient :

- Les informations résumant les objectifs de chaque séance auxquelles les patients peuvent se référer. Ce sont des informations récapitulatives et non exhaustives. Les termes sont vulgarisés pour faciliter la compréhension (51)
- Des explications sur les différentes techniques de relaxation
- Les tâches à domicile hebdomadaires
- Des pages libres qui permettent au patient d'exprimer son vécu, ses sentiments, ses réactions ou ses questions.

Ce livret est personnel, c'est un espace privé. Le patient n'est en aucun cas obligé de montrer à quiconque ce qu'il y a écrit, à moins qu'il ne décide de sa propre initiative de le partager avec quelqu'un. L'objectif est que le patient prenne l'habitude, grâce aux notes de son livret, d'explorer ses émotions, de s'observer et de mieux comprendre son fonctionnement (97).

Le livret patient peut être consulté en **Annexe 7**.

Méthodes de relaxation

A la fin de chaque séance, nous faisons pratiquer la relaxation aux patients. En effet, les patients souffrant de TNF auraient une hyperréactivité du système nerveux autonome. Or les réponses physiologiques secondaires à cette hyperréactivité peuvent être atténuées par l'utilisation de médicaments (anxiolytiques ou bêtabloquants) ou par des méthodes de relaxation (98).

De plus la relaxation aurait déjà prouvé son efficacité pour des troubles fonctionnels comme le syndrome de l'intestin irritable ou le syndrome de fatigue chronique (99). Une revue Cochrane de 2010 a évalué les effets des psychothérapies (TCC, techniques de relaxation, gestion du stress et la thérapie interpersonnelle) sur ces troubles dans la littérature (100). Le traitement par relaxation est supérieur aux soins habituels pour l'amélioration des symptômes, la douleur et la qualité de vie à 2 mois. De plus, concernant les TNF, la gestion du stress a montré son efficacité. Or la relaxation est une technique de gestion du stress et a été validée comme traitement dans la prise en charge de l'anxiété, comme le montre cette méta-analyse de 27 études (101). Enfin, Marine Istin propose dans sa thèse un programme de psychoéducation « idéal » pour les CNEP en se basant sur des groupes actuels existants de psychoéducation qui sont repris dans le **Tableau 1** (102). La deuxième séance de ce groupe a pour objectif d'identifier les sensations physiques en lien avec le stress et l'anxiété et d'enseigner aux patients des techniques d'autocontrôle comme des techniques de relaxation. Devant tous ces arguments nous avons choisi de clôturer chaque séance par une initiation à la relaxation avec des méthodes de relaxation différentes, la sensibilité de chacun pouvant être différente (relaxation par la respiration abdominale, relaxation progressive de Jacobson, relaxation musculaire et cohérence cardiaque).

Tâches à domicile

Les devoirs à domicile sont issus de la TCC traditionnelle. Dans ce cadre-là, ils sont expliqués à chaque fin de séance et permettent de mettre en pratique les notions apprises lors de la séance. Ils sont revus au début de la séance suivante. Les tâches ne doivent pas être trop difficiles ni contre productives, il faut donc pouvoir les proposer en accord avec les patients. Nous nous sommes posé la question de ces tâches car cela pourrait créer une image scolaire et moins attractive du groupe. Cela demande aussi plus d'investissement des participants (103). Sur le plan pratique, la plupart des groupes de psychoéducation proposent aux participants des tâches à domicile.

Nous avons donc décidé de donner des tâches à domicile aux patients du groupe qui leur permettront d'identifier leurs difficultés puis de commencer à apprendre à prendre en charge leurs sentiments et leurs conflits dont ils deviendront conscients. Ensuite ils pourront faire le lien entre leurs états émotionnels, leurs actions et leurs pensées (97).

3.4.2 Séance 1 : Accueil et introduction aux TNF

Les deux objectifs de cette séance sont de s'assurer de l'engagement du patient dans le groupe pour toute la session (qui correspond au total des séances du groupe), et de favoriser sa compréhension des TNF.

Nous commençons la première séance par la présentation du groupe. Les soignants et les patients se présentent. Nous expliquons les règles (le non jugement, la confidentialité, le respect, l'écoute bienveillante et la ponctualité) et le calendrier des séances. Nous définissons la psychoéducation et leur transmettons les objectifs du groupe. Nous proposons un brainstorming sur les représentations des patients concernant la santé en général pour avoir une vue d'ensemble des idées des patients. Ensuite, nous abordons la signification de la santé en général et la définition de la santé mentale. Il nous a semblé important d'aborder en premier lieu le concept de santé. En effet, la représentation qu'ont les patients d'« être en bonne santé » est très subjective et cela peut influencer sur leurs pensées et leurs actions, c'est-à-dire minimiser un problème grave ou à l'inverse surinvestir un problème mineur. La représentation de la santé peut être facilement biaisée, certains patients pensent que la santé est l'absence de sensation corporelle (104). Par exemple, les sensations corporelles liées à la respiration ou à la digestion sont des sensations normales qui passent habituellement inaperçues. Mais certains patients qui pourraient avoir une conception erronée de la santé pourraient y prêter une attention exagérée. Ceci pourrait être source d'inquiétude et encourager le patient à rechercher d'autres symptômes, d'autres sensations corporelles qu'ils considèreraient comme pathologiques. D'après l'OMS « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (105)

Chez les patients ayant un TNF, la représentation de la santé et de leurs symptômes physiques est d'autant plus biaisée qu'ils sont alexithymiques. Dans l'alexithymie, l'hypervigilance et les symptômes physiques de l'anxiété (tachycardie, sueur) ne seraient pas interprétés comme une manifestation de l'anxiété mais plutôt comme le symptôme d'une maladie physique. En effet, les patients alexithymiques ont une difficulté à identifier et différencier leurs émotions (21). Plusieurs études ont retrouvé une corrélation entre les TNF et une hyperactivité du SNA (21,106,107). L'étude de Demartini met en lien les symptômes du TNF avec l'hyperactivité du SNA et l'alexithymie (21). En effet les patients montrent des marqueurs physiologiques d'anxiété sans signaler un état émotionnel d'anxiété. Les TNF pourraient donc aussi être

secondaires à une mauvaise interprétation des symptômes physiques présents dans un contexte d'angoisse.

Dans un second temps, nous définissons le TNF. Il est primordial de pouvoir apporter au patient une information complète, structurée, objective et dédramatisante sur leur maladie. Cela permet aux patients de déstigmatiser leur pathologie, de ne plus en avoir honte. Ainsi ils peuvent l'accepter et en parler librement. Nous expliquons les critères diagnostiques. Puis, nous abordons l'historique du trouble et nous leur donnons quelques chiffres d'épidémiologie. Cela permet de lutter contre les préjugés et les fausses croyances (56). En effet, la croyance populaire principale concernant les TNF est que les patients simulent. D'autant plus que l'ancienne dénomination des troubles neurologiques fonctionnels est « l'hystérie », qui a une signification populaire négative car beaucoup d'idées fausses y sont rattachées. Notamment, seules les femmes seraient atteintes et elles feraient des « crises » théâtrales pour attirer l'attention, ce qui ne correspond pas à clinique et à la population des TNF (19).

Nous abordons ensuite de façon succincte et très simplifiée les données neurobiologiques afin d'expliquer la présence d'une anomalie dans le fonctionnement cérébral. Cela permet de reconnaître le statut de malade du patient, de valider sa souffrance en expliquant que c'est une maladie reconnue. Il est important de montrer que l'activation cérébrale chez les patients atteints de TNF diffère de l'activation cérébrale chez les patients simulant les mêmes symptômes. En effet, l'intentionnalité du mouvement est conservée. Les symptômes ne sont donc pas produits volontairement et reflèteraient un véritable dysfonctionnement (19). Nous expliquons que le modèle de fonctionnement est encore mal connu. Plusieurs études d'imagerie fonctionnelle permettent toutefois de dégager l'hypothèse d'une hyperactivation du système émotionnel qui influencerait le fonctionnement des régions cérébrales motrices (108–112). Nous abordons rapidement les facteurs de risque qui seront détaillés dans les séances 3 et 4.

Puis, nous décrivons le parcours de soin des patients, qui est souvent chaotique avec de multiples examens cliniques ou paracliniques et parfois des erreurs diagnostiques. Ceci permet de montrer qu'un tel parcours n'est pas rare. Cela permet également de libérer un espace bienveillant pour partager son expérience. Enfin, nous évoquons l'annonce diagnostique car les patients ont souvent un vécu négatif de celle-ci (15). Nous souhaitons aider à aborder ce souvenir de façon plus objective. Pour cela, nous délivrons un message positif sur la pathologie en décrivant l'absence de lésion neurologique comme une bonne nouvelle. Il faut aussi rassurer

le patient car il s'agit d'une affection fréquente et curable avec une prise en charge adaptée (9,11,15). Nous utilisons une présentation Power Point pour les explications sur les TNF dans lequel l'information y est succincte et claire, avec des images ou des photos associées à des mots clés. Cet outil permet de médier les informations orales et de guider la séance. Il comporte des parties interactives avec des « animations » afin de conserver l'attention du patient. Nous évitons ainsi une présentation sous forme de cours magistral (51).

Nous finissons la séance en remettant le livret du patient et en expliquant sa fonction.

3.4.3 Séance 2 : Fonctionnement psychologique

L'objectif est une amorce pour sensibiliser le patient à son fonctionnement psychologique et à ses facteurs de risque de TNF. Nous commençons cette séance par un retour sur la séance précédente et nous répondons aux questions le cas échéant. Nous leur demandons s'ils ont pu parler à leurs proches du contenu de la 1^{ère} séance. Ensuite, nous expliquons le fonctionnement psychologique et cognitif en expliquant les interactions situations-émotions-pensées-comportements avec une mise en situation. Nous demandons aux patients de s'imaginer dans une scène où un proche refuse de les aider, nous les aidons en racontant la scène. Puis nous leur demandons d'analyser leurs émotions, leurs pensées et leurs comportements.

Selon le modèle cognitif de Beck, l'interprétation d'une situation, souvent exprimée dans des pensées automatiques (interprétations spontanées, propre à chacun, des expériences vécues qui passent souvent inaperçues), influence ensuite l'émotion, le comportement et la réponse physiologique du patient (113). Le travail en groupe permet aux patients de réaliser qu'une même situation peut être interprétée différemment grâce aux pensées automatiques. Un patient pourrait réaliser qu'il est incapable d'envisager une alternative à une situation donnée à cause d'une telle pensée. Nous informons aussi les patients que les pensées automatiques diffèrent selon l'humeur.

Ce modèle cognitif est abordé dans 3 groupes (*cf.* **Tableau 1**), (38,68,73). Conwill précise d'ailleurs l'importance pour les patients de comprendre les conséquences de leurs pensées, leurs émotions, leurs sensations physiques et leurs actions, afin de développer des stratégies comportementales efficaces pour contrôler leurs symptômes fonctionnels (68). Nous définissons aussi les émotions et leurs rôles car les patients TNF sont en difficulté avec cet exercice du fait de leur alexithymie. Puis, nous proposons une première séance de relaxation par

respiratoire abdominale. Nous encourageons à exécuter une respiration abdominale lente et profonde pendant plusieurs minutes en leur demandant de se concentrer sur leurs mouvements respiratoires (114). Enfin, nous demandons d'essayer d'analyser une situation de leur quotidien, de la semaine qui suit, en précisant les émotions, les pensées et les comportements qui ont en résulté.

3.4.4 Séance 3 : Facteurs prédisposants et précipitants

Le premier objectif est de connaître les facteurs prédisposant et précipitant du TNF ainsi que leur rôle dans cette pathologie. Le deuxième objectif est l'identification par les patients de leurs propres facteurs de risque. Nous commençons cette séance par un retour sur la séance précédente et sur la tâche à domicile. Nous leur demandons s'ils ont réussi à analyser une situation selon le modèle de Beck. Nous réalisons un brainstorming avec les patients sur les différents facteurs de risque existants. Puis nous détaillons les facteurs de risque de TNF à l'aide d'une présentation Power Point. Ensuite, nous proposons d'identifier leurs propres facteurs de risque et de les noter dans leur livret en laissant un temps de réflexion. Il est important que le patient comprenne l'évolution de ses symptômes afin de devenir acteur de sa prise en charge (97). Il est essentiel de considérer le patient dans sa singularité et de l'aider à comprendre quels sont les éléments qui ont contribué à l'apparition des symptômes afin que son TNF prenne sens dans son histoire personnelle.

Nous leur demandons de poursuivre la réflexion initiée sur leurs propres facteurs de risque la semaine qui suit. Enfin, nous finissons par une séance de relaxation de Jacobson. La relaxation de Jacobson se déroule en deux temps : d'abord la contraction d'un groupe musculaire, puis sa décontraction. L'objectif est de ressentir la sensation de détente secondaire à la décontraction et ce, avec tous les groupes musculaires (115).

3.4.5 Séance 4 : Facteurs perpétuants

Le premier objectif est de connaître les facteurs perpétuants le TNF. Le deuxième est l'identification par les patients de leurs propres facteurs perpétuants. A l'aide d'une présentation Power Point, nous définissons les facteurs perpétuants et nous abordons succinctement les stratégies permettant de diminuer l'influence de ces facteurs sur l'évolution des symptômes (les psychothérapies, la gestion et l'affirmation de soi). Nous informons sur ces stratégies sans approfondir pour donner une vue d'ensemble et aider à s'orienter par la suite vers des prises en charges adaptées et personnalisées.

Nous abordons plus particulièrement les stratégies d'affirmation de soi. L'affirmation de soi est la capacité d'exprimer ses émotions, ses pensées, ses opinions et de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres et ceci de façon honnête, appropriée et directe (116). C'est un comportement relationnel que l'on appelle « affirmé ». Il permet d'être en accord avec soi-même, de diminuer la rétention d'émotions négatives et d'être moins stressé au quotidien (117). L'affirmation de soi est travaillée dans 2 groupes (*cf* **Tableau 1**) (38,69). L'objectif est de faire évoluer certains facteurs perpétuants comme par exemple la mésestime de soi (11).

Nous expliquons les 4 comportements relationnels existants : affirmé, soumis, agressif et manipulateur. Puis, de façon concrète nous proposons des jeux de rôles pour illustrer ces différents comportements et entraîner un apprentissage et une immersion émotionnelle, indispensables dans une optique de changement. Cela permet au patient de se préparer avant qu'il applique ce qu'il a appris dans sa vie quotidienne. Chaque jeu de rôle est suivi d'un feedback (commentaires et aux observations des patients) aux autres membres du groupe et aux animateurs (117). Nous demandons enfin aux patients d'essayer d'utiliser une technique d'affirmation de soi travaillée pendant le groupe, lors de la semaine qui suit. Nous finissons par une séance de relaxation type « bodyscan ». Cette technique de relaxation est inspirée de la relaxation de Schultz (115). Nous demandons au patient de se mettre en position de détente, puis nous répétons des phrases suggérant la lourdeur des membres et du reste du corps (« Vos jambes deviennent lourdes »). Le patient doit alors ressentir ces sensations qui vont l'entraîner dans une détente de plus en plus profonde.

3.4.6 Séance 5 : Traitements et hygiène de vie

Le premier objectif est de connaître les stratégies permettant d'améliorer sa qualité de vie. Le second est de connaître les thérapeutiques qui ont montré leur efficacité pour les TNF et les réseaux de soins dont les professionnels des TNF. Nous expliquons l'intérêt de soigner sa qualité de vie afin de se décentrer de la maladie et d'avoir un point de vue centré sur son bien-être. Les sujets souffrant de TNF présentent un handicap fonctionnel conséquent qui diminue la qualité de vie (16). La qualité de vie des patients souffrant de CNEP serait plus faible que celle d'une population de patients souffrant d'épilepsie. Plus précisément, les patients feraient état d'une détérioration de leur fonctionnement émotionnel, d'une diminution de leur bien-être physique général, d'une augmentation de la douleur, de la présence de fatigue et d'une réduction du soutien social (118).

L'OMS a défini la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (119).

Souffrir d'un TNF est compatible avec l'épanouissement personnel et la santé. La maladie peut ainsi encourager les patients à dépenser de l'énergie pour avoir un haut niveau de bien-être (97). Les groupes de psychoéducation pour les patients ayant des TNF ont montré une amélioration de la qualité de vie. Tous les groupes dont le programme des séances est détaillé avaient une ou deux séances consacrées à cet objectif (38,69,71,73). L'affirmation de soi expliquée lors de la séance 4 et les techniques de relaxation apprises tout au long des séances participent à l'amélioration du bien-être.

Lors de cette 5ème séance nous évoquons les bénéfices d'une hygiène de vie. Nous évoquons l'hygiène alimentaire, la consommation de toxiques, l'hygiène du sommeil et l'activité physique. L'activité physique aurait une action positive sur le bien-être psychologique (anxiété, émotions) et sur l'estime de soi (120). L'alimentation jouerait aussi un rôle important. Une méta analyse de 2019 permet de mettre en évidence un lien entre une alimentation saine et l'absence d'épisode dépressif caractérisé (121). Le sommeil influencerait aussi sur la santé mentale (122). Puis nous suggérons des activités agréables pour développer et soutenir leur qualité de vie.

Nous abordons les différentes thérapeutiques efficaces dans la prise en charge des TNF en insistant sur l'importance du suivi. Nous détaillons le rôle de chaque professionnel du réseau de soin : kinésithérapeute, psychiatre, neurologue, psychologue et orthophoniste. L'objectif est d'initier le soin, c'est-à-dire que les patients prennent conscience de l'importance et de l'efficacité des traitements existants et s'orientent vers les professionnels adaptés. Cela permet de responsabiliser le patient. Enfin, nous demandons de remplir le questionnaire de satisfaction en **Annexe 8**. Nous finissons par une séance de relaxation de cohérence cardiaque qui est une technique de contrôle de sa respiration.

3.4.7 Séance 6 : Séance de maintien

Nous débutons cette séance en questionnant les patients sur le déroulement de ces 3 derniers mois sans groupe. Nous leur demandons s'ils ont utilisé un des outils comme l'affirmation de

soi, la relaxation ou s'ils ont amélioré leur hygiène de vie. Nous les interrogeons plus précisément sur une éventuelle mise en place de nouvelles activités et/ou de nouveaux soins comme par exemple une psychothérapie ou une kinésithérapie. Nous leur demandons s'ils ont réfléchi à leurs facteurs de risques ou bien analysé une situation avec l'intrication de leurs émotions, de leurs pensées automatiques et de leurs comportements. Ensuite, nous les questionnons sur le groupe en lui-même pour évaluer l'acceptabilité. Nous les interrogeons sur les séances qui, d'après eux, ont été les plus instructives et utiles dans leur vie quotidienne. Nous leur demandons également leurs avis sur les tâches à domicile et sur le livret du patient. Puis nous utilisons la technique du double standard qui est une technique de restructuration cognitive de la TCC. Elle consiste à demander au patient de conseiller une personne qui serait dans la même situation que lui, ici, une personne qui aurait un TNF (123). Nous lui demandons s'il lui conseillerait de participer au groupe. Enfin, pour terminer d'évaluer l'acceptabilité, nous demandons si cela vaut la peine de se libérer 6 demis journées afin de pouvoir assister aux séances.

Par la suite, nous réalisons un exercice de psychologie positive. Cette dernière s'intéresse au bien-être et à l'épanouissement des personnes. Elle s'appuie sur les expériences ressenties comme positives par le patient notamment sur ses émotions positives et sur ses qualités individuelles. Elle n'est pas axée sur la psychopathologie (124). Nous demandons aux patients de construire un diagramme d'une de leurs journées typiques en séparant le temps qu'ils passent à réaliser chaque occupation puis nous leur demandons d'en créer un autre sur leur journée idéale. L'objectif est qu'ils puissent réaliser si leur quotidien actuel leur convient et réfléchir avec eux à des solutions concrètes à mettre en place pour le faire évoluer. Cela permet de retravailler sur l'hygiène de vie et sur la séance du fonctionnement psychologique en abordant plus particulièrement les conséquences des comportements des patients qui sont en lien avec leurs émotions et leurs pensées. Nous finissons par une introduction à l'hypnose. Nous leur demandons après la séance de remplir les échelles WHOQOL-Bref et IPQ-R.

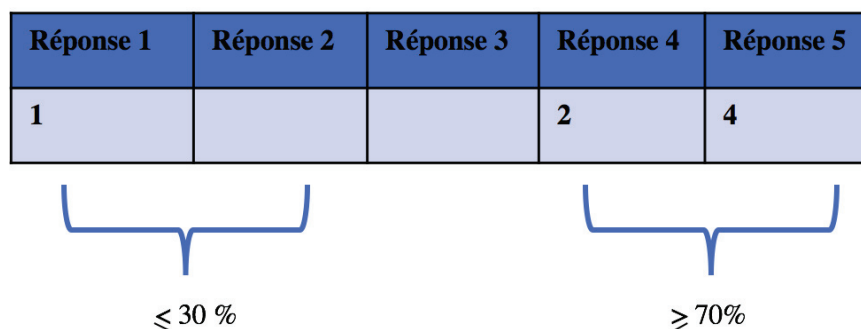
3.5 Evaluation

3.5.1 Faisabilité du groupe

La faisabilité est déterminée par le taux de recrutement, le taux de rétention, l'acceptabilité et la reproductibilité. Le taux de recrutement correspond au nombre de personnes invitées à participer au groupe et qui ont accepté. Pour l'évaluer, nous avons conservé les réponses de toutes les personnes que nous avons sollicitées. Le taux de rétention correspond à la proportion de patients

qui ont participé à toutes les séances. Cela traduit notre capacité à intéresser les patients. Pour l'évaluer nous avons relevé la présence des patients à chaque séance. L'acceptabilité est l'ensemble des conditions qui rendent le groupe satisfaisant pour les patients. Pour l'évaluer nous avons utilisé un questionnaire de satisfaction, remis aux patients à la fin de la 5^{ème} séance (cf. **Annexe 8**). Les propositions de réponses (numérotées de 1 à 5) ont été créées selon une échelle de Likert, (1) : « Absolument pas » ou « pas satisfait du tout » ; (2) : « Pas vraiment » ou « Pas satisfait » ; (3) : « Moyennement satisfait » ; (4) : « Beaucoup » ou « satisfait » ; (5) : « Absolument » ou « Très satisfait ». Cela permet d'apprécier l'intensité des opinions des individus sur chaque thématique (forme des séances, animation, pédagogie) et ce, avec un choix de réponse neutre : la réponse 3. Cette réponse évite de choisir une réponse par défaut (positive ou négative) (125). L'acceptabilité est établie lorsqu'au moins 70% des réponses sont supérieures ou égales à la réponse 4, en l'absence de désaccord. Un désaccord est défini comme plus de 30 % des réponses réparties entre les choix 1 et 2 de l'échelle de likert (126). La figure ci-dessous illustre l'acceptabilité.

Figure 1 : Acceptabilité d'après l'échelle de Likert



La reproductibilité est la facilité et la possibilité de mise en place de ce groupe de psychoéducation. Pour évaluer la reproductibilité il faut analyser les besoins objectifs nécessaires pour mettre en place le groupe. Elle ne nécessite pas d'outil spécifique à mettre en place pour son évaluation.

3.5.2 Qualité de vie

Pour évaluer l'évolution de la qualité de vie nous avons utilisé l'échelle World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-Bref) (en **Annexe 9**), renseignée au moment de l'évaluation initiale puis à la fin de la séance de maintien.

Dans les années 1990, l'OMS a mis au point l'échelle WHOQOL-100 pour mesurer la qualité de vie. Elle saisit de nombreux aspects subjectifs de la qualité de vie et a été conçue pour une

utilisation interculturelle. La viabilité et la fiabilité de cet outil ont été validées grâce à plusieurs études. En 1998, l’OMS développe une version abrégée du WHOQOL-100, la WHOQOL-Bref qui compte 26 items au lieu de 100. Elle couvre quatre domaines de la qualité de vie : la santé physique et mentale, les relations sociales et l'environnement. Elle constitue une alternative valable et fiable à la WHOQOL-100. Elle a été traduite et validée auprès d'un échantillon de 2102 Français atteints de maladies neuromusculaires et auprès de 17000 sujets de la population générale française (75). Les résultats de cette échelle se présentent sous la forme de notes sur 20 que nous comparons avec la moyenne de la population générale qui est de 14,75/20.

3.5.3 Perception de la maladie

La perception de la maladie est subjective et se base sur les informations auxquelles les patients ont accès. Elle ne correspond donc pas forcément à la réalité médicale (127). Cela nous a permis d'évaluer si les informations données pendant le groupe de psychoéducation ont fait évoluer positivement cette perception. Nous avons utilisé l'échelle The Revisited Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) renseignée au moment de l'évaluation initiale puis à la fin de la séance de maintien (en **Annexe 10**). L'IPQ-R est une version révisée de l'IPQ (85). Elle fournit une évaluation quantitative des 5 composantes de la représentation de la maladie d'après le modèle d'autorégulation de Leventhal (128). Ce modèle décrit en 1980, postule que les patients atteints de maladies chroniques construisent une représentation cognitive et émotionnelle de leur maladie afin de lui donner un sens et de mieux la gérer (127).

Les 5 composantes sont :

- L'identité : elle est basée sur l'étiquette de la maladie et les symptômes que le patient y associe. Elle va déterminer la perception de la sévérité de la maladie. Un nombre important de symptômes sera le plus souvent associé à une perception sévère de la maladie et au contraire une maladie considérée comme asymptomatique peut entraîner des doutes sur la nécessité d'un traitement.
- La durée : une pathologie peut être aiguë, transitoire et curable, ou chronique ; dans ce cas, elle est incurable et fait partie intégrante de la vie de l'individu. Elle peut aussi se présenter de manière cyclique ou non.
- Les conséquences : il s'agit de la perception des conséquences physiques, sociales et économiques de la maladie.
- La cause : Il s'agit des idées personnelles du patient au sujet de l'étiologie de la maladie ainsi que des facteurs contribuant à son développement. Les causes peuvent être environnementales ou intrinsèques. Concernant les causes intrinsèques, elles peuvent être

physiques ou mentales.

- Le contrôle : Il s'agit de l'avis du patient concernant la possibilité de contrôler ou de guérir la maladie (127).

L'IPQ-R a renforcé les caractéristiques psychométriques de l'échelle originale. Elle a été validée en français et a montré sa fiabilité grâce à plusieurs études et ce sur un grand nombre de patients (85). Une diminution des dimensions « Chronologie », « Représentations émotionnelles » et « Conséquences » signifie que les croyances négatives concernant la maladie diminuent. Une augmentation des scores concernant le « Contrôle personnel », le « Contrôle du traitement » et la « Cohérence » signifie une augmentation des croyances positives de la maladie (85).

3.5.4 Orientation vers un soin psychiatrique

L'orientation vers un soin psychiatrique est un paramètre important dans la prise en charge des patients ayant un TNF or c'est encore peu fréquent. D'après Wiseman l'orientation vers des soins psychiatriques pertinents et personnalisés confirme en partie l'efficacité du groupe (69). Cela signifie que le patient a reconnu que les facteurs de risque, dont certains sont psychiatriques ou émotionnels, contribuaient à maintenir le trouble dans la durée et qu'ils doivent être pris en charge. Pour l'évaluer nous nous sommes renseignés auprès des patients avant et après le groupe.

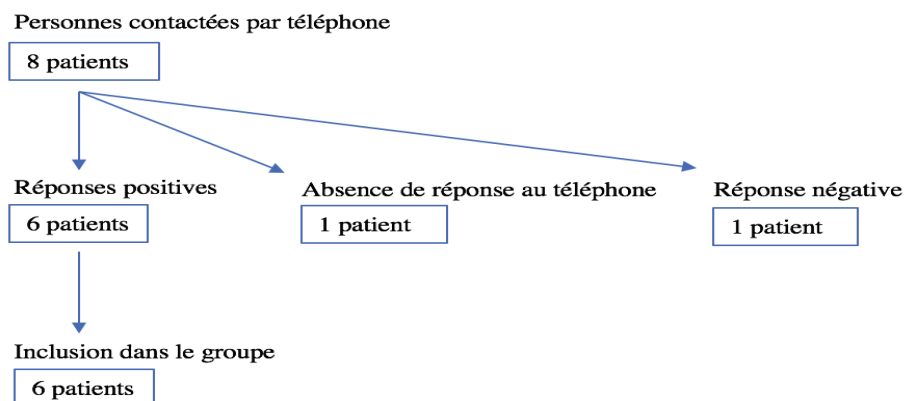
4 RESULTATS

4.1 Faisabilité du groupe

4.1.1 Taux de recrutement

Le recrutement des patients est résumé dans le **Figure 2**.

Figure 2 : Diagramme de recrutement



S'agissant d'une étude de faisabilité, nous n'avons contacté par téléphone que 8 patients afin de s'assurer que l'effectif ne serait pas trop important. Un patient a répondu négativement car il était dans l'impossibilité de se déplacer. En effet, son épouse qui travaillait depuis peu ne pouvait pas se rendre disponible pour l'accompagner aux séances et les transports ne pouvaient pas être pris en charge par son régime d'assurance maladie qui est étranger. Un patient n'a pas répondu au téléphone et l'effectif visé du groupe étant atteint, nous n'avons pas donné suite. Six patients sur 8 ont été inclus dans le groupe ce qui correspond à un taux de recrutement de 75%.

4.1.2 Taux de rétention

Le **Tableau 12** décrit la participation ou non des patients pour chacune des séances.

Tableau 12 : Participation des patients par séance

| Patients | | | | | | | Total des présences |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|
| Madame C. | | | | | | | 5 |
| Madame M. | | | | | | | 4 |
| Monsieur L. | | | | | | | 6 |
| Monsieur M. | | | | | | | 6 |
| Monsieur R. | | | | | | | 6 |
| Madame D. | | | | | | | 1 |
| | Séance 1 | Séance 2 | Séance 3 | Séance 4 | Séance 5 | Séance 6 | |

| | |
|--|----------|
| | Présence |
| | Absence |

Le taux de rétention est de 50% : la moitié des patients ont participé à toutes les séances.

4.1.3 Acceptabilité

Nous avons évalué l'acceptabilité du groupe avec un questionnaire de satisfaction dont les résultats sont rapportés dans le **Tableau 13**. Les chiffres de 1 à 5 correspondent aux nombres de patients ayant coché cette proposition de réponse.

Tableau 13 : Résultats du questionnaire de satisfaction

| Pédagogie | Tout à fait d'accord | D'accord | Moyennement | Plutôt en désaccord | En désaccord |
|---|-----------------------|---------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| Le contenu des séances est satisfaisant | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Les informations délivrées correspondent à mes besoins. | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Il y a de la place pour les échanges et la participation. | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Je pourrai réexpliquer à mes proches ce que j'ai appris dans ce groupe. | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Intervenants | Tout à fait d'accord | D'accord | Moyennement | Plutôt en désaccord | En désaccord |
| J'ai trouvé les intervenants disponibles. | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| L'ambiance générale était agréable. | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Forme des séances | Pas satisfait du tout | Pas satisfait | Moyennement | Satisfait | Tout à fait Satisfait |
| Nombre (6 séances) | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Durée (1h30) | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| Fréquence (1/semaine) | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Efficacité | Tout à fait d'accord | D'accord | Moyennement | Plutôt en désaccord | En désaccord |
| J'ai appris des choses sur ma maladie. | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Je comprends mieux comment je fonctionne. | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Je pense que ce groupe va m'aider à mieux vivre avec ma maladie. | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| J'ai des idées de stratégie pour réduire mes symptômes. | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| J'ai connaissance du réseau de soins pour les TNF. | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 |

Nous observons dans ce questionnaire que l'acceptabilité est retrouvée pour tous les items. En effet, au moins 70 % des patients (c'est-à-dire au moins 4 patients) ont répondu pour la même proposition « tout à fait d'accord » ou « d'accord ». De plus, moins de 30% des patients (2 patients) ont répondu « plutôt en désaccord » et « en désaccord » pour la même proposition. Le questionnaire de satisfaction prévoyait des zones de commentaires libres. Nous avons eu deux réponses concernant les points à améliorer :

- « *La durée des séances est trop courte* »
- « *J'aurais aimé approfondir les outils pour la gestion des émotions* »

Nous avons plusieurs commentaires concernant les points positifs du groupe :

- « *Rencontrer des patients atteints du même trouble que moi permet de me sentir moins seule* »
- « *La gentillesse des intervenants* »
- « *L'échange et les explications apportées à notre trouble* »
- « *L'écoute, l'échange, la compréhension, la disponibilité. Particulièrement satisfait des solutions proposées* »

Enfin lors de la 6^{ème} séance, nous avons interrogé l'acceptabilité du groupe à l'oral auprès des 3 patients présents :

- « *Conseilleriez-vous ce groupe à d'autres patients ?* » La réponse a été unanimement positive.
- « *Ce groupe vaut-il la peine de se libérer du temps pour y participer ?* » La réponse a également été unanimement positive. Monsieur L. a expliqué qu'il avait déplacé ses vacances pour participer à la dernière séance. Monsieur M., en tant que chef d'entreprise, a quant à lui libéré 6 mardis après-midi pour participer au groupe. Il a pu dire que cela ne lui avait pas posé problème car il avait considéré le groupe comme une priorité. Cependant il faut prendre en compte l'absence de 2 patients pour lesquels la priorité n'était alors pas de venir à la séance.

4.1.4 Reproductibilité

Nous avons analysé les besoins objectifs nécessaires pour mettre en place le groupe. Les besoins humains sont de 2 animateurs par séance. Ils doivent être disponibles au minimum à chaque séance ce qui correspond à 2 heures par semaine pendant 6 semaines pour 2 animateurs. La reproductibilité est facilitée par un petit nombre de séances car cela nécessitera moins de plages horaires à réserver pour l'animation du groupe. Il n'y a pas de formation obligatoire pour animer le groupe ce qui facilite le recrutement des animateurs. Les besoins matériels sont peu élevés. L'installation du groupe nécessite un lieu aménagé pour recevoir les participants avec un ordinateur et un vidéoprojecteur. De plus, les outils utilisés à chaque séance (livret et présentations PowerPoint), sont réutilisables. Aucune dépense n'a été nécessaire pour la mise en

œuvre du groupe. Ce groupe présente une reproductibilité élevée devant des besoins peu importants. Sa mise en place est donc aisée.

4.2 Qualité de vie

Pour évaluer l'amélioration de la qualité de vie après le groupe nous avons fait passer l'échelle WHOQOL-Bref dont les résultats avant et après le groupe sont présentés dans le **Tableau 14**.

Tableau 14 : Evolution du score pour l'échelle WHOQOL-Bref

| | Madame C. | | Madame M. | | Monsieur L. | | Monsieur M. | | Monsieur R. | |
|---------------------|-----------|-------|-----------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après |
| Santé physique | 10 | 10 | 13 | 11 | 12 | 15 | 10 | 17 | 8 | 7 |
| Santé psychologique | 12 | 15 | 11 | 10 | 15 | 15 | 15 | 19 | 13 | 15 |
| Relations sociales | 20 | 15 | 12 | 15 | 16 | 16 | 16 | 19 | 13 | 13 |
| Environnement | 14 | 16 | 10 | 16 | 14 | 14 | 18 | 17 | 15 | 15 |
| Score total | 14 | 14 | 10,75 | 13 | 14,25 | 15 | 14,75 | 18 | 12,25 | 12,5 |

Tableau 15 : Moyennes et écart-types de la WHOQOL Bref

| | Moyenne (écart type) | | Augmentation du score (en %) |
|---------------------|----------------------|-------------|------------------------------|
| | Avant | Après | |
| Santé physique | 10,6 (1,52) | 12 (3,2) | 7 % |
| Santé psychologique | 13,2 (1,44) | 14,8 (1,92) | 8 % |
| Relations sociales | 15,4 (2,32) | 15,6 (1,52) | 1 % |
| Environnement | 14,2 (0,84) | 15,6 (0,88) | 7 % |
| Score total | 13,2 (1,36) | 14,5 (1,6) | 6,5 % |

4.3 Perception de la maladie

Pour évaluer l'évolution de la perception de la maladie après le groupe nous avons fait passer l'échelle IPQ-R dont les résultats avant et après le groupe sont présentés dans le **Tableau 16**.

Tableau 16 : Evolution du score pour l'échelle IPQ-R

| | Madame C. | | Madame M. | | Monsieur L. | | Monsieur M. | | Monsieur R. | |
|-----------------------------|-----------|-------|---------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après |
| Identité | 9 | 8 | Pas de donnée | 7 | 3 | 3 | 1 | 2 | 8 | 8 |
| Chronologie | 19 | 16 | | 18 | 25 | 18 | 18 | 10 | 25 | 23 |
| Conséquences | 20 | 18 | | 15 | 20 | 13 | 18 | 14 | 17 | 17 |
| Contrôle personnel | 18 | 18 | | 18 | 17 | 20 | 15 | 18 | 17 | 17 |
| Contrôle du traitement | 17 | 18 | | 18 | 13 | 16 | 15 | 25 | 12 | 19 |
| Cohérence de la maladie | 20 | 20 | | 19 | 8 | 16 | 11 | 25 | 14 | 18 |
| Chronologie cyclique | 10 | 9 | | 16 | 11 | 4 | 18 | 4 | 15 | 12 |
| Représentation émotionnelle | 17 | 17 | | 28 | 25 | 10 | 14 | 6 | 25 | 25 |

La moyenne et les écarts types ont été calculés sans les données manquantes de madame M., donc seulement pour 4 patients.

Tableau 17 : Moyennes et écart-types de l'IPQ-R

| | Moyenne (écart type) | | Evolution du score (en %) |
|-----------------------------|----------------------|-------------|------------------------------|
| | Avant | Après | |
| Identité | 5,25 (3,25) | 5,6 (2,48) | + 2,5 % |
| Chronologie | 21,75 (3,25) | 17 (3) | - 15,9 % |
| Conséquences | 18,75 (1,25) | 15,4 (1,68) | - 11,2 % |
| Contrôle personnel | 16,75 (0,875) | 18,2 (0,72) | + 4,8 % |
| Contrôle du traitement | 14,25 (1,75) | 19,2 (2,32) | + 19,8 % |
| Cohérence de la maladie | 13,25 (3,75) | 19,6 (2,32) | + 25,4 % |
| Chronologie cyclique | 13,5 (3) | 9 (4) | - 22,5 % |
| Représentation émotionnelle | 20,25 (4,75) | 17,2 (7,44) | - 10,1 % |

Les causes perçues des TNF par les patients sont multiples et sont détaillées dans le **Tableau 18**. On observe que tous les patients ont mentionné le stress. De plus, excepté les causes « Accident ou blessure » cité 2 fois et « Hérité » cité 1 fois ; les causes possibles d'après les patients sont toutes d'ordre psychologiques, comportementales ou familiales.

Tableau 18 : Résultats des « Causes possibles de votre maladie » de l'IPQ-R

| | Causes perçues de la maladie |
|--------------------|---|
| Madame C. | Stress Mon propre comportement Mon attitude mentale Problèmes de famille Ma surcharge de travail Mon état émotionnel Accident ou blessure Ma propre personnalité |
| Madame M. | Problèmes de famille Stress Ma personnalité Hérédité Mon état émotionnel |
| Monsieur L. | Surcharge de travail Stress |
| Monsieur M. | Problèmes de famille Stress Mon état émotionnel |
| Monsieur R. | Stress Accident ou blessure |

4.4 Orientation vers des soins psychiatriques

Tous les patients avaient un suivi psychiatrique avec le psychiatre de la filière PULSES avant de débiter le groupe. Ils ont tous poursuivi leur prise en charge psychiatrique après le groupe.

De plus, tous les patients, exceptée Mme M., ont mis en place des suivis psychologiques avant ou pendant le groupe.

5 DISCUSSION

5.1 Résultats quantitatifs

5.1.1 Faisabilité

Taux de recrutement

Le taux de recrutement est de 6 patients sur 8 donc de 75%. Nous avons eu une absence de réponse et une réponse négative (cf **Figure1**). Un patient a répondu négativement pour des raisons de transports. Ce taux est satisfaisant, ce qui est encourageant et pourrait traduire un intérêt des patients. Pour l'augmenter, nous pourrions améliorer notre communication en contactant les patients à plusieurs reprises, tant que l'absence de réponse persiste. La diversification de nos moyens de communication est aussi une solution. En plus du contact téléphonique, nous pourrions envoyer des e-mails ou des courriers, ce qui permettrait aux patients de conserver une trace écrite de notre proposition. Par ailleurs, pour les patients qui sont dans l'impossibilité de se déplacer nous pourrions développer le système de télémédecine qui a été utilisé avec succès pour 2 patients dans l'étude de Lafrance (38). Ce taux est supérieur à la plupart de ceux des autres groupes. Les études qui dévoilent leurs taux de recrutement sont les suivantes :

| | Wiseman | Chen | Barry | Prigatano | Lafrance |
|---------------------|---------|------|-------|-----------|----------|
| Taux de recrutement | 90% | 59% | 58% | 48% | 46,9% |

Un taux de recrutement peu élevé est plutôt attendu dans cette population de patients. En effet, seulement 66% de ces patients qui sont adressés à un psychiatre ou un psychothérapeute vont finalement consulter (18). L'absence d'adhésion au diagnostic est aussi un facteur important de réponse négative. Or, nous n'avons contacté que des patients qui adhéraient au diagnostic. C'est un biais de notre étude qui explique probablement la différence observée entre notre résultat et ceux de la littérature.

Taux de rétention

Le taux de rétention est de 50 %. Il prend en compte une de nos patientes, madame D., qui n'est venue qu'à la deuxième séance. Sa participation a été différée pour une prochaine session à sa demande. Les autres patients ont tous participé à au moins 4 séances sur 6. Madame C. n'a pas pu participer à une des séances car elle avait un rendez-vous médical et à une deuxième pour des raisons familiales. Madame M. n'a pas participé à 2 séances car elle a repris le travail durant la

session. Les animateurs ont donc réussi à intéresser et à fidéliser la plupart des participants. Afin d'augmenter ce taux à l'avenir, il faudrait anticiper les dates des séances plusieurs semaines avant le début du groupe, afin que les patients puissent réserver les plages horaires. Nous avons présenté le calendrier de la session lors de la 1^{ère} séance. Il pourrait être plus pertinent d'envoyer, avant le début de la session, un courrier avec les dates pour que les patients puissent avoir une trace écrite. Par ailleurs, nous les recevions en milieu d'après-midi : les mardis de 14H30 à 16H00. Il faudrait être plus flexibles et s'adapter à notre population de patients, dont certains travaillent et leur proposer des horaires en fin d'après-midi ou en début de soirée. Nous rappellerons aussi que la participation nécessite d'être présent à toutes les séances et qu'il s'agit d'un engagement de la part des patients.

Les taux de rétention retrouvés dans les groupes publiés sont plus élevés que le nôtre, excepté l'étude de Wiseman qui retrouve un taux similaire aux nôtres :

| | Lafrance | Barry | Prigatano | Zaroff | Chen | Wiseman |
|-------------------|----------|-------|-----------|--------|------|---------|
| Taux de rétention | 81% | 75% | 65,8% | 65% | 59% | 50% |

Wiseman suggère que les patients ont des comorbidités psychiatriques sévères comme des états dépressifs caractérisés ou des troubles anxieux. Or, ces pathologies s'accompagnent d'aboulie, d'apragmatisme ou encore d'anxiété anticipatoire rendant difficile la participation aux séances. De plus, fréquemment, les patients ne se déplacent plus aux séances lorsqu'ils observent une amélioration de leurs symptômes car ils n'en voient plus l'intérêt. Enfin, Wiseman observe que les patients qui se déplacent pour la première séance finissent la session dans 85% des cas. La difficulté serait le premier déplacement. Par ailleurs, certains patients ne se déplaceraient pas à la première séance car leurs symptômes se sont amendés après le diagnostic (69). Notre taux de rétention est plus faible que la moyenne de la littérature.

Acceptabilité

L'acceptabilité est satisfaisante pour chacun des items du questionnaire (*cf* **Tableau 13**), aussi bien au niveau de la pédagogie, des animateurs, de la forme des séances, que de leur efficacité. Les patients ont jugé ce groupe pertinent et convaincant. De plus, ils ont affirmé qu'ils recommanderaient ce programme sans hésitation à un proche si nécessaire. Enfin, les patients présents lors de la séance 6 ont expliqué que se libérer du temps pour participer au groupe en valait la peine. Monsieur L. a décalé ses vacances pour venir et monsieur M. a posé des demi-journées de congés. Ils ont expliqué que cela ne leur avait pas posé de problème car ils ont

considéré ce groupe comme prioritaire. Il faut noter que 2 patients n'ont pas participé à toutes les séances. Notamment, l'excuse de madame M. (reprise du travail) signe une évolution positive concernant sa qualité de vie, qui était un de nos objectifs.

Les résultats de la littérature sont comparables et confirmés par notre travail. En effet Wiseman retrouve une bonne acceptabilité au niveau de la pédagogie (69). Il l'a évaluée en posant les questions suivantes aux patients : « *Les interventions étaient-elles claires et compréhensibles ?* » et « *Recommanderiez-vous cette intervention à d'autres patients ?* » Toutes les réponses étaient positives. Cope retrouve une bonne acceptabilité. En effet, 94% des patients, sont satisfaits du groupe et le recommanderaient. De plus, 70% des patients rapporteraient que le groupe a amélioré leur qualité de vie (73).

Reproductibilité

La reproductibilité du groupe est élevée car elle nécessite peu de moyens matériels, aucune dépense financière et les outils sont facilement réutilisables. Cette reproductibilité offre la possibilité de renouveler le groupe au sein de notre service. Sous couvert de la bonne efficacité de ce groupe, cette reproductibilité permettra de le mettre en place dans d'autres centres de santé. Par exemple dans des centres de rééducation qui prennent en charge beaucoup de patients souffrant de TNF. Par ailleurs, le choix de réaliser 6 séances est un atout car cela permet une standardisation du groupe plus aisée dans d'autres centres de santé donc une meilleure reproductibilité (70). Nos résultats confirment la faisabilité d'un tel programme.

5.1.2 Qualité de vie

Nous avons choisi l'échelle WHOQOL-Bref car elle permet une évaluation plus globale du patient. En effet, elle évalue 4 domaines de la qualité de vie : la santé physique et mentale, les relations sociales et l'environnement. Ce dernier aspect n'est pas étudié dans d'autres échelles de la qualité de vie comme le questionnaire SF-36. Evaluer l'environnement est d'autant plus important chez les patients TNF qu'il existe souvent des facteurs de risque perpétuants en lien avec l'environnement (les aides matériels utilisées, les bénéfices secondaires financiers et le dysfonctionnement familial) (129). Nos résultats montrent une amélioration de la qualité de vie pour 4 des 5 patients. Madame C. est la seule patiente pour laquelle le score de la WHOQOL-Bref est resté stable. Il est important de prendre en compte qu'elle avait une qualité de vie cotée à 14 / 20 avant le groupe. Ce score atteignait déjà presque celui de la population générale (14,75/20). La moyenne globale des scores de la WHOQOL-Bref de tous les patients est supérieure après le groupe avec une augmentation de 6,5% (cf. **Tableau 15**). De la même façon,

les moyennes des différents items ont toutes été augmentées. La santé psychologique est celle qui s'est le plus améliorée avec une augmentation de 8 %. Ensuite, viennent la santé physique et l'environnement avec une élévation de 7 %. Les relations sociales évoluent peu avec une élévation seulement de 1 %. Cette faible amélioration est secondaire aux résultats de madame C. qui sont moins bons après le groupe pour cet item. Ce score pourrait être corrélé à la séparation avec son conjoint qui a eu lieu entre la 5^{ème} et la 6^{ème} séance.

Nos résultats sont donc satisfaisants et suggèrent l'efficacité de notre groupe en termes d'amélioration de la qualité de vie. Ils sont semblables à ceux de la littérature. En effet, plusieurs études ont retrouvé une augmentation de la qualité de vie (38,68,69,72). L'étude de Conwill retrouve une amélioration concernant la santé physique et la santé psychique mais une détérioration non significative pour le fonctionnement social (SF-36) (68). Concernant l'étude de Wiseman et de Metin, seule la santé psychologique a été améliorée de façon significative (CORE) (SF-36) (69,72). Cela corrobore nos résultats concernant cet item qui est la variable la plus modifiée. Il n'y a donc jamais eu d'amélioration des relations sociales qui sont mesurées dans ces études. Cela rappelle nos résultats qui montrent une très faible élévation de cet item en comparaisons aux autres. Ces études ont utilisé d'autres échelles dont la QOLIE-31 (38). C'est une échelle de la qualité de vie pour les patients souffrant d'épilepsie que nous n'avons pas utilisée car notre population de patient n'était pas concernée par des crises convulsives fonctionnelles. Cette échelle est toutefois spécifiquement utilisée dans la filière PULSES pour les patients qui souffrent de CNEP.

5.1.3 Perception de la maladie

Notre étude retrouve une modification de la perception de la pathologie pour tous les patients. Cette évolution est positive avec des scores qui diminuent (ou restent stables) pour les dimensions « Chronologie », « Représentations émotionnelles » et « Conséquences ». Les patients estiment donc leur pathologie plus susceptible d'être guérie et de moins longue évolution. De plus, les conséquences sociales, économiques et physiques du TNF sont moins importantes pour les patients après le groupe. Enfin, les émotions négatives en lien avec la pathologie sont moindres. De la même façon, les scores de « Contrôle personnel », « Contrôle du traitement » et « Cohérence » augmentent ou restent stables. Les patients pensent pouvoir agir sur leur pathologie de façon plus importante après le groupe et ils estiment qu'elle peut être prise en charge. Enfin, la cohérence évalue le degré de compréhension des patients sur le fonctionnement de leur maladie et leur avis concernant la cohérence de ce fonctionnement

(130). Cette compréhension est un objectif important d'un groupe de psychoéducation. Les scores de « Chronologie cyclique » ont diminué pour tous les patients. Cela signifie qu'ils perçoivent leurs symptômes comme plus stables, moins variables dans le temps et moins imprévisibles. Nous en déduisons que notre groupe semble efficace concernant l'évolution de la perception de la pathologie. Les scores d'« Identité » de nos patients sont variables du fait d'une hétérogénéité de leurs symptômes fonctionnels. Il ne s'agit pas d'une variable très pertinente à mesurer lorsqu'on inclue des patients tous phénotypes confondus.

Les études de Cope et de Wiseman ont retrouvé une modification de la perception de la maladie. Elles ont toutes les 2 utilisé l'échelle BIPQ qui est une adaptation simplifiée de l'IPQ-R (69,73). L'étude de Cope a mis en évidence une modification positive significative sur « la chronologie », « la cohérence de la maladie » et « les représentations émotionnelles » (73). L'étude de Wiseman retrouve une amélioration de la compréhension de la maladie donc de l'item cohérence et une évolution concernant l'item identité. En effet après le groupe, 42 % patients attribuaient leurs CNP à une cause psychologique, contre 22 % avant la première séance.

5.1.4 Orientation vers des soins psychiatriques

On retrouve 100% d'orientation vers des soins psychiatriques après notre groupe. Cependant, tous nos patients étaient déjà suivis par le parcours de soins PULSES avant le début du groupe et adhéraient au diagnostic. Il y a donc un biais important dans ce résultat. On peut toutefois considérer que ce groupe de psychoéducation n'a pas dissuadé les patients de poursuivre leur suivi, au contraire ils ont exprimé leur volonté d'approfondir leurs acquis. Ce groupe aura donc probablement renforcé l'adhésion à la prise en charge. Seule l'étude de Wiseman évalue cette orientation post-groupe et 79% des patients ont poursuivi ou débuté un suivi psychothérapeutique et/ou psychiatrique après le groupe (69). Ce taux est plus faible que le nôtre du fait du biais explicité plus haut.

5.2 Résultats qualitatifs

5.2.1 Questionnaire de satisfaction

Les patients ont exprimé leurs points de vue via le questionnaire de satisfaction, en **Annexe 8**. Les patients ont mis en avant plusieurs points positifs (*cf* **Tableau 13**) :

- Deux patients ont particulièrement apprécié les qualités d'écoute et l'échange qui font partie des principes fondamentaux de la psychoéducation.

- Une patiente a écrit : « *Rencontrer des patients atteints du même trouble que moi permet de me sentir moins seule* ». Cela valide notre initiative de proposer de la psychoéducation groupale et non individuelle car les patients ont pu en tirer des bénéfices.

Trois patients sur 5 ont exprimé la difficulté qu'ils rencontreraient s'ils devaient retranscrire à leurs proches ce qui a été abordé, aussi bien l'explication sur leur trouble que les techniques pour améliorer leur quotidien.

Il pourrait être intéressant de proposer à un proche ou à la personne de confiance d'assister à une séance du groupe. Il pourrait aussi être pertinent de proposer une séance dédiée à l'information des proches en l'absence des patients. L'étude de Metin est la seule qui inclut les familles et elle a montré le bénéfice de cette inclusion avec un impact important sur les patients (72). Il faut alors prendre en compte que pour les patients isolés cela peut les confronter davantage à leur solitude.

Un patient sur 5 est en désaccord avec l'affirmation suivante : « *J'ai des idées de stratégies pour réduire mes symptômes.* » De plus, 1 patient a noté dans ses commentaires son souhait d'« *approfondir les outils pour la gestion des émotions.* » C'est une remarque positive car cela signifie que nous avons donné envie aux patients d'approfondir les sujets évoqués lors des séances. Mais cela exprime leur demande d'accroître leur connaissance sur ces sujets et que nous puissions passer plus de temps à leur apprendre les techniques et les mettre en pratique. Il aurait sûrement été alors utile de clarifier auprès des participants que de nombreuses techniques seront abordées pendant les séances, mais qu'elles ne seront pas approfondies. En effet, l'objectif est que les patients puissent avoir une vue d'ensemble de ce qui existe pour ensuite pouvoir s'orienter plus précisément vers des thérapies individuelles personnalisées. Un patient sur 5 est en désaccord avec l'affirmation « *J'ai connaissance du réseau de soins pour les TNF* ». Nous avons détaillé le réseau de soins pour les TNF lors de la séance 5. Il pourrait être plus pertinent pour les patients que les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des TNF (kinésithérapeute, neurologue, orthophoniste, psychologue) interviennent au cours de cette séance. Ils pourraient ainsi expliquer leur rôle dans la prise en charge des TNF. Nous pourrions aussi remettre une documentation écrite sur le réseau.

Cope est le seul auteur à avoir questionné ses patients sur les points faibles et points forts de son groupe (73). On retrouve des similitudes entre ses résultats et les nôtres. En effet, ses patients

demandent à approfondir les techniques de relaxation et les autres stratégies travaillées pendant les séances afin de les mettre en pratique plus facilement à la maison (72).

5.2.2 Retour oral d'expérience

Lors de la 6^{ème} séance nous avons posé plusieurs questions aux patients pour évaluer l'intérêt du groupe. Les patients présents à la 6^{ème} séance sont les 3 qui ont été présents tout au long de la session.

- « *Quelles sont les séances qui vous ont le plus apporté et qui ont été les plus utiles dans votre vie quotidienne ? Y-a-t-il des séances qui, à l'inverse, vous ont été peu utiles ?* »

D'après les patients, toutes les séances ont été utiles et leur ont appris des choses. Ils ont unanimement cité la 1^{ère} séance qui leur a permis de comprendre leur trouble. Puis chacun a évoqué une autre séance plus marquante pour eux. Monsieur L. a utilisé fréquemment l'exercice sur l'analyse des situations avec les pensées, les émotions et les comportements appris lors de la 2^{ème} séance « *cela m'a permis de gérer mieux les émotions, comme la colère* ». Monsieur R. a pu initier plusieurs activités de loisir et de détente suite à la 5^{ème} séance. D'après monsieur M., les séances 3 et 4 sur les facteurs de risque lui ont permis de mieux comprendre son propre trouble.

- « *Qu'avez-vous pensé des tâches à domicile et du livret ?* »

Les 3 patients ont répondu qu'ils n'avaient pas utilisé le livret à leur domicile, cependant leurs conjoints l'avaient tous feuilleté. Cela signifie qu'il a eu une utilité pour les proches des patients même si ce n'était pas forcément ce qui était attendu. Concernant les tâches à domicile, monsieur M. nous a dit ne pas les avoir réalisées car d'après lui elles n'avaient pas d'intérêt. Monsieur R. nous a expliqué ne pas les avoir effectuées mais sans en donner la raison. Enfin, Monsieur L. a réalisé les tâches à domicile, mais sans noter les exercices dans le livret. Cela montre l'importance de pouvoir expliquer avec plus de précision, au début de la session, l'objectif de ces tâches. Nous détaillons cette question dans le paragraphe suivant sur le point de vue des animateurs, car c'est un questionnaire que nous avons partagé.

- « *Avez-vous instauré des changements dans votre quotidien ?* »

La plupart des patients ont initié un changement dans leur vie quotidienne durant le groupe. Madame C. s'est séparée de son mari qui était violent physiquement avec elle. Madame M. a débuté un nouveau travail alors qu'elle était en arrêt maladie depuis plusieurs mois. Monsieur R. a initié des activités de loisir avec son épouse, notamment ils se réservent des moments de

détente comme des sorties culturelles (théâtre, cinéma et musée) et ils se sont équipés pour cuisiner davantage. Monsieur L. a mis en place une heure de marche quotidienne. Monsieur M. a repris la conduite et le sport. Cela peut traduire aussi une évolution des facteurs perpétuant des patients, notamment les dysfonctionnements familiaux et les facteurs environnementaux.

5.3 Perspectives d'amélioration clinique

5.3.1 Point de vue des animateurs

Nous envisageons d'inviter un neurologue à parler lors de la première séance lorsqu'on aborde le fonctionnement neurobiologique et le parcours de soin. De plus l'annonce diagnostique est réalisée le plus fréquemment par un neurologue. Parmi les 9 groupes publiés, 4 d'entre eux sont co-animés par des professionnels des services de neurologie (neurologues, neuropsychiatres, infirmiers) (69,70,72,73). Cependant les animateurs ne sont pas tous détaillés. En effet, 2 études évoquent des thérapeutes sans expliciter davantage leurs professions. (cf **Tableau 19**)

Tableau 19 : Animateurs des groupes de psychoéducation

| | |
|------------------------------|--|
| Wiseman et al. (2016) (69) | 2 infirmiers spécialisés en neurologie et 1 assistant en psychologie |
| Chen et al. (2013) (70) | 1 neurologue ou 1 infirmier spécialisé en neurologie |
| Cope et al. (2017) (73) | 1 neuropsychiatre et/ou 1 psychologue |
| Metin et al. (2013) (72) | 1 psychiatre ou 1 psychanalyste, et 2 co-thérapeutes (1 assistant en neurologie et 1 assistant en psychiatrie) |
| Zaroff et al. (2004) (66) | 1 psychologue clinicien |
| Conwil et al. (2014) (68) | 1 infirmier de psychiatrie de liaison et 1 thérapeute |
| Lafrance et al. (2014) (38) | 1 thérapeute cognitivo comportemental |
| Prigatano et al. (2002) (74) | 1 psychiatre et 1 neuropsychologue |
| Barry et al. (2008) (71) | 2 psychiatres |

Nous avons pu observer que l'animation à 3 est plus riche qu'à 2. Chacune selon sa formation, apporte des connaissances plus spécialisées dans certains domaines. Cela facilite également le fonctionnement du groupe, notamment pour instaurer un cadre stable. Cependant il faut prendre en compte que l'animation à 3 peut être plus intimidant pour les patients, surtout s'ils sont plus

nombreux. Lors des prochains groupes, nous envisageons d'inclure davantage de patients (entre 8 et 12).

Une autre difficulté rencontrée fut le suivi des tâches à domicile données à faire aux participants à la fin des séances 2, 3 et 4. Au début de chaque séance, nous demandions aux patients s'ils avaient pu réaliser leurs tâches, mais sans forcément les reprendre et nous attarder dessus. Nous aurions donc dû investir davantage ces tâches, afin d'en obtenir tous les bénéfices escomptés.

Pour le prochain groupe, nous allons expliquer plus précisément aux patients l'intérêt de ce travail personnel lors de la 1^{ère} séance et être plus directif lorsque nous proposons les tâches. Notamment, nous pourrions utiliser des tâches d'activation comportementale comme la planification pour favoriser la motivation. Il pourrait également être intéressant que les animateurs réalisent eux aussi les tâches à domicile. Il faudra reprendre ces tâches systématiquement au début de la séance suivante avec un animateur et les patients. Enfin, il conviendrait de donner des tâches davantage comportementales que cognitives, qui semblent plus concrètes pour les patients. Davantage de rigueur et d'exigence dans le suivi de ces travaux permettraient une meilleure efficacité dans la reconnaissance de leurs propres émotions et de leurs facteurs de risque.

Nous avons souvent eu des difficultés à finir une séance dans les temps. Cela est en partie dû à la nouveauté de ce groupe de psychoéducation : c'est en effet la première session que nous animions.

Ajouter une séance paraît nécessaire pour permettre :

- Un temps de parole satisfaisant pour les patients qui seront probablement plus nombreux ;
- Un retour des tâches à domicile de la part des patients lors des séances.

D'autant plus qu'il faut prendre en compte que l'efficacité d'un groupe augmenterait avec la durée de sa session (131) :

- 3 mois : durée minimale pour voir un effet
- 9 mois : durée minimale pour un effet clinique rapporté dans la littérature
- 12 mois : durée minimale recommandée
- 2 à 3 ans : durée optimale pour un effet sur le retour au travail et l'évolution du malade.

Notre groupe a duré au total 3 mois avec la 6^{ème} séance qui était à distance des autres.

Le format de notre groupe est comparable à ceux de la littérature dont la durée des séances est soit de 1h00 soit de 1h30. Cependant le nombre de séances varient de 3 à 32 avec une moyenne de 11. Notre session comporte moins de séances que la moyenne mais avec une durée totale de

la session supérieure à la moyenne des groupes grâce à la 6^{ème} séance (*cf* **Tableau 1**). Cependant il faut souligner que certains groupes sont des groupes thérapeutiques et non de psychoéducation, ils ne sont donc pas tous comparables.

Nous nous sommes questionnées sur l'intérêt du livret patient. La finalité était de maintenir un lien avec le groupe lorsqu'ils étaient chez eux et de consolider leurs acquis en s'y référant et en relisant les informations. Cependant, les patients ne s'y sont pas beaucoup référés, à l'inverse de leurs proches, ce qui signe une utilité à ce livret. Devant leur demande d'avoir plus d'informations concrètes concernant le réseau de soins, il paraît intéressant de pouvoir enrichir ce livret avec ce type d'informations. Par exemple, nous pourrions indiquer le lien du site de l'association française de TCC afin que les patients puissent se mettre en lien avec des thérapeutes pratiquant la TCC ou indiquer les différents groupes thérapeutiques existant au sein du service : notamment les groupes de gestion du stress et d'affirmation de soi.

5.3.2 Modalités pratiques des futurs groupes

L'inclusion des proches est l'une des améliorations les plus importantes à apporter à ce groupe. Nous proposerons aux personnes de confiance de participer à la 6^{ème} séance qui conclut le groupe. Nous leur laisserons la parole pour que chacun puisse témoigner ou poser des questions s'ils le souhaitent. Par ailleurs, c'est lors de cette séance qu'est réalisé le diagramme de la journée idéale, cela pourrait permettre aux proches de proposer des stratégies concrètes pour le rendre concevable. Il serait aussi intéressant de proposer un groupe de psychoéducation familiale. La psychoéducation familiale a déjà montré son efficacité sur la santé des patients dans d'autres indications comme les troubles du spectre schizophréniques et les troubles bipolaires (50). Les familles sont souvent à l'initiative des premiers soins. Le soutien qu'elles procurent à leur proche malade tout au long de son parcours vers le rétablissement s'avère également déterminant au plan du pronostic ultérieur (133).

Il faudrait, favoriser la multidisciplinarité en impliquant d'autres professionnels de santé afin de bien baliser le parcours de soins. L'intervention du neurologue se déroulerait lors de la 1^{ère} séance pendant laquelle nous abordons le fonctionnement neurobiologique du trouble. Celle des autres professionnels (rééducateurs, kinésithérapeutes) aurait lieu lors de la 5^{ème} séance où nous abordons le réseau de soins.

L'intervention d'un patient expert et/ou paire-aidant pourrait également apporter une plus-value au groupe. Madame M. a proposé de témoigner lors de la prochaine session du groupe. Elle apporterait ainsi sa propre expertise et cela permettrait un apport d'expérience aux patients. De plus, la proximité du patient expert avec la maladie permettrait d'établir un climat d'échange, voire de confiance avec les patients dans une relation égalitaire (132).

La prise en charge précoce étant un facteur de bon pronostic des TNF, il serait pertinent de proposer le programme plus précocement aux patients (29). Jusque-là, nous ne le proposons qu'après inclusion dans la filière PULSES. Il faudrait le proposer dès l'annonce diagnostique faite par les neurologues. Les patients réticents au diagnostic psychiatrique pourraient être alors mieux convaincus de l'utilité du groupe s'il était présenté par des neurologues et pourraient accepter plus facilement de participer. De plus, proposer ce soin aux patients n'adhérant pas au diagnostic pourrait améliorer l'adhésion aux soins, d'autant plus qu'il s'agit là d'un facteur pronostique majeur. Enfin, cela permettrait aussi d'évaluer sans biais l'orientation vers un suivi psychiatrique après le groupe car tous les patients n'auront alors pas forcément initié un suivi avant la première séance.

5.4 Forces et limites

Tout d'abord, la faisabilité de ce groupe a pu être largement démontrée. Ensuite, il s'agit du premier groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de TNF, tous phénotypes, étudié en France. L'inclusion de tous les phénotypes confondus fut particulièrement riche et a permis de détourner l'attention des symptômes de la pathologie. Les patients ont pu constater que l'expression sémiologique des TNF variait. Cela a certainement contribué à améliorer la compréhension du trouble. Ce critère d'inclusion paraît d'autant plus pertinent que les groupes mixtes seraient plus sensibles à la psychoéducation (68).

De plus, les résultats suggèrent l'efficacité d'un tel programme et valident la possibilité de mettre en place une étude d'efficacité, avec l'inclusion d'un plus grand nombre de patients, ainsi que la mise en place d'un groupe témoin avec randomisation. Cela permettrait d'évaluer avec plus de puissance et de pertinence l'efficacité d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de TNF.

Enfin, nous avons opté pour une méthodologie qui allie de manière complémentaire une démarche qualitative et une démarche quantitative. Le questionnaire de satisfaction et les retours oraux des animateurs ont permis de comprendre les ressentis et les comportements de façon fine

et subtile en mettant en exergue des réflexions que nous n'avions pas forcément anticipées. Au contraire, la mesure du taux de recrutement, du taux de rétention et l'utilisation des échelles d'évaluation clinique ont permis de révéler de manière plus objective les forces et limites de ce groupe (134).

Notre étude comporte plusieurs limites.

Les résultats chiffrés sont à considérer avec précaution du fait du petit effectif de patients et il serait imprudent de déduire une significativité statistique. Un plus grand nombre de patients aurait amélioré la représentativité de nos résultats. Cette limite est retrouvée dans la littérature et s'explique notamment par le nomadisme médical de ces patients (68–70,73). Un des points forts de cette prise en charge est donc aussi de mieux définir le parcours de soins de ces patients.

Notre population n'est, par ailleurs, pas tout à fait représentative de la population de patients atteints de TNF. En effet, nous avons recruté un groupe constitué de 50% d'hommes et de 50% de femmes mais 4 patients sur 6 souffrent de comorbidités psychiatriques ce qui correspond aux données de la littérature.

Il existe, en outre, un biais d'inclusion dans notre étude car tous nos patients adhéraient au diagnostic lors de leur inclusion. Ils ont pu être plus enclins à participer au groupe et cela a pu influencer sur les résultats. Enfin, il y a un biais de désirabilité sociale car une bonne alliance a été instaurée entre les participants et les animatrices. Certaines réponses du questionnaire, des échelles ou du retour d'expérience à l'oral, ont pu être biaisées. En effet, les patients ont pu surestimer leurs réponses pour nous satisfaire.

Conclusion



Nom, prénom du candidat : LAPOULE Claire

CONCLUSIONS

Les troubles neurologiques fonctionnels (TNF) sont fréquents (la prévalence est estimée à 0,5%), invalidants et entraînent des dépenses importantes de santé publique. Jusqu'à 30 % des patients consultants en neurologie présenteraient un tel trouble et pourtant ils sont encore relativement peu connus des professionnels de santé. Un des points centraux de leur prise en charge est la psychoéducation. Néanmoins, à notre connaissance, ce type de prise en charge est quasiment inexistant en France. Ce travail fait partie d'un projet d'implantation d'un groupe psychoéducatif dans un service hospitalo-universitaire de psychiatrie de liaison – consultation aux Hospices Civils de Lyon. Plus précisément, il s'agit d'une étude de faisabilité en prévision d'une étude d'efficacité prévue par la suite.

Le programme psychoéducatif utilisé est largement inspiré de programmes validés dans la littérature internationale. Le programme proposé se décline en 6 séances hebdomadaires d'une heure 30 chacune. Au cours de ces séances sont principalement abordés : (1) L'information sur la maladie (compréhension des facteurs de risque prédisposant, précipitant et perpétuant) ; (2) Les stratégies de gestion du stress ; et (3) Les stratégies d'amélioration de la qualité de vie. Huit sujets ont été sollicités dont 6 ont été inclus dont : 3 ayant participé aux 6 séances prévues, deux ayant participé à 4 séances et une dont la participation a été différée pour une prochaine session.

Nos résultats confirment la faisabilité d'un tel programme vu :

- Un taux de recrutement satisfaisant (6/8).
- Un taux de rétention de 50%.
- Un taux d'acceptabilité satisfaisant Les patients recommanderaient ce programme sans hésitation à un proche si nécessaire.
- La reproductibilité est facilitée par le petit nombre de séances, l'utilisation de supports réutilisables (livret patient, script, présentations PowerPoint) et les besoins limités en matériel.

Par ailleurs, nos données permettent de suggérer l'efficacité d'un tel programme vu :

- Une amélioration de la qualité de vie retrouvée dans tous les domaines.
- Une modification positive de la perception de la maladie observée pour tous les patients.
- L'adhésion à un suivi psychiatrique renforcée.

En montrant la faisabilité d'un groupe de psychoéducation pour les TNF, nos résultats confirment ceux de la littérature existante. L'association entre une faisabilité élevée et une efficacité plausible nous encourage à mener une étude d'efficacité avant de proposer ce groupe de manière systématique. Cela est d'autant plus important que les traitements pour cette pathologie sont limités et peu disponibles.

Notre étude présente plusieurs limites. Un plus grand nombre de patients aurait amélioré la représentativité de nos résultats. Cette limite est retrouvée dans la littérature et s'explique notamment par le nomadisme médical de ces patients. Un des points forts de cette prise en charge est de mieux définir le parcours de soins de ces patients. Il existe par ailleurs un biais d'inclusion important car nous n'avons inclus que des patients adhérents au diagnostic. Cela a pu influencer sur les résultats.

Plusieurs perspectives d'amélioration peuvent être mises en place concernant le groupe lui-même. La prise en charge précoce étant un facteur de bon pronostic des TNF, il aurait été pertinent de le proposer plus précocement aux patients. De plus, proposer ce soin aux patients n'adhérant pas au diagnostic pourrait améliorer l'adhésion aux soins, d'autant plus qu'il s'agit là d'un facteur pronostique majeur. Il faudrait, en outre, favoriser la multidisciplinarité en impliquant d'autres professionnels de santé comme les neurologues ou les rééducateurs afin de bien baliser le parcours de soins. L'implication des familles devrait également être favorisée avec, par exemple,



la mise en place d'un groupe de psychoéducation familiale pour une prise en charge efficiente. L'intervention d'un patient expert et/ou paire-aidant pourrait également apporter une plus-value au groupe.
Enfin, pour favoriser la généralisation des apprentissages acquis dans le groupe, les tâches à domicile devraient faire l'objet d'un retour de la part des patients lors des séances.
Notre étude de faisabilité nous permet de suggérer dès ce stade une étude d'efficacité, avec l'inclusion d'un plus grand nombre de patients, ainsi que la mise en place d'un groupe témoin avec randomisation. Cela permettrait d'évaluer avec plus de puissance et de pertinence l'efficacité d'un groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de TNF.

Au-delà de l'aspect expérimental de ce projet, il s'agit d'un projet structurant permettant de proposer un parcours de soins bien identifié afin de proposer des prises en charge.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Pr SAOUD Mohamed

Pr SAOUD Mohamed
Chef de Service
Psychiatrie d'adultes
Liaison / Consultation
GHE - Hôpital Wertheimer
59 bd Pinel - 69677 BRON Cedex
Tél : 04 72 11 80 64
RPPS : 10003101002

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **18 SEP. 2019**

Bibliographie

1. Colombel M. L'hypnose dans le traitement des troubles somatoformes en psychiatrie de liaison. Caen; 2016.
2. Blanc A. 13. Hippocrate, Nature de la femme. Texte établi et traduit par Florence Bourbon. Rev Études Grecques. 2010;123(1):462-5.
3. Liermier C. Chapitre 19. Hystérie. In: Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte [Internet]. Presses Universitaires de France; 2012 [cité 30 mai 2019]. p. 317. Disponible sur: <http://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-317.htm>
4. Platon, Timée [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <http://ugo.bratelli.free.fr/Platon/Platon-Timée.htm>
5. Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. bibliothèque impériale; 1859.
6. Jean-Martin Charcot — Wikipédia [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Jean-Martin_Charcot
7. liliane M. HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES - « Trouble nerveux et pithiatisme chez les soldats français, pendant la Grande Guerre » [Internet]. Vol. TOME XXIX-1. 1995. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1995x029x001/HSMx1995x029x001x0063.pdf>
8. Jacob F. LA GUERRE DE 1914 ET LES « ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ». 1914;18.
9. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. JAMA Neurol. 1 sept 2018;75(9):1132-41.
10. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. J Neurol Neurosurg Psychiatry. févr 2000;68(2):207-10.
11. McKee K, Glass S, Adams C, Stephen CD, King F, Parlman K, et al. The Inpatient Assessment and Management of Motor Functional Neurological Disorders: An Interdisciplinary Perspective. Psychosomatics. juill 2018;59(4):358-68.
12. Vignal J-P, Meyer M, Schwan R, Maillard L. Une démarche positive pour le neurologue. 2014;17:20.
13. García-Campayo J, Fayed N, Serrano-Blanco A, Roca M. Brain dysfunction behind functional symptoms: neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. Curr Opin Psychiatry. mars 2009;22(2):224-31.
14. Grimaldi I, Dubuc M, Kahane P, Bougerol T, Vercueil L. Anxiety and depression in psychogenic

movement disorder and non-epileptic seizures: A prospective comparative study. *Rev Neurol (Paris)*. mai 2010;166(5):515-22.

15. Hingray C, Meyer M, Schwan R, Maillard L. crises psychogènes non épileptiques Comment poser, annoncer et communiquer le diagnostic ? *Neurol Rev Pluridiscip En Neurol*. 2014;17:20.

16. O'Neal MA, Baslet G. Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *Am J Psychiatry*. 01 2018;175(4):307-14.

17. Fink P, Steen Hansen M, Søndergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics*. déc 2005;46(6):540-8.

18. Howlett S, Grünewald RA, Khan A, Reuber M. Engagement in psychological treatment for functional neurological symptoms--Barriers and solutions. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2007;44(3):354-60.

19. Garcin B. Motor functional neurological disorders: An update. *Rev Neurol (Paris)*. avr 2018;174(4):203-11.

20. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KAL. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis*. août 2005;193(8):508-14.

21. Demartini B, Petrochilos P, Ricciardi L, Price G, Edwards MJ, Joyce E. The role of alexithymia in the development of functional motor symptoms (conversion disorder). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. oct 2014;85(10):1132-7.

22. Ricciardi L, Demartini B, Crucianelli L, Krahé C, Edwards MJ, Fotopoulou A. Interoceptive awareness in patients with functional neurological symptoms. *Biol Psychol*. janv 2016;113:68-74.

23. Carlier IVE, Colijn S, van Rood YR, Streevelaar MF, van Vliet IM, van Veen T. A comparative analysis of personality pathology profiles among patients with pure depressive-, pure anxiety-, and pure somatoform disorders. *J Affect Disord*. oct 2014;168:322-30.

24. Hudak AM, Trivedi K, Harper CR, Booker K, Caesar RR, Agostini M, et al. Evaluation of seizure-like episodes in survivors of moderate and severe traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. août 2004;19(4):290-5.

25. Pareés I, Kojovic M, Pires C, Rubio-Agusti I, Saifee TA, Sadnicka A, et al. Physical precipitating factors in functional movement disorders. *J Neurol Sci*. 15 mars 2014;338(1-2):174-7.

26. Reuber M, Howlett S, Khan A, Grünewald RA. Non-epileptic seizures and other functional neurological symptoms: predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *Psychosomatics*. juin

2007;48(3):230-8.

27. Goldstein LH, Mellers JDC. Ictal symptoms of anxiety, avoidance behaviour, and dissociation in patients with dissociative seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. mai 2006;77(5):616-21.

28. Sharpe M, Stone J, Hibberd C, Warlow C, Duncan R, Coleman R, et al. Neurology out-patients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict 1-year outcome. *Psychol Med*. avr 2010;40(4):689-98.

29. Gelauff J, Stone J. Prognosis of functional neurologic disorders. In: *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2016 [cité 17 août 2019]. p. 523-41. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128017722000436>

30. Durrant J, Rickards H, Cavanna AE. Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Res Treat*. 2011;2011:274736.

31. Gupta A, Lang AE. Psychogenic movement disorders: *Curr Opin Neurol*. août 2009;22(4):430-6.

32. Daum C, Hubschmid M, Aybek S. The value of « positive » clinical signs for weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: a systematic and narrative review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. févr 2014;85(2):180-90.

33. Carson A, Lehn A. Epidemiology. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:47-60.

34. Hallett M. Functional (psychogenic) movement disorders - Clinical presentations. *Parkinsonism Relat Disord*. janv 2016;22 Suppl 1:S149-152.

35. Dallochio C, Tinazzi M, Bombieri F, Arnó N, Erro R. Cognitive Behavioural Therapy and Adjunctive Physical Activity for Functional Movement Disorders (Conversion Disorder): A Pilot, Single-Blinded, Randomized Study. *Psychother Psychosom*. 2016;85(6):381-3.

36. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 nov 2014;(11):CD010628.

37. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 1 nov 2014;(11):CD011142.

38. LaFrance WC, Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Frank Webb A, Keitner GI, et al. Multicenter Pilot Treatment Trial for Psychogenic Nonepileptic Seizures: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 sept 2014;71(9):997.

39. Deeley Q. Hypnosis as a model of functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:95-103.

40. Oakley DA. Hypnosis and conversion hysteria: a unifying model. *Cognit Neuropsychiatry*. août

86

1999;4(3):243-65.

41. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KAL, van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn.* janv 2003;51(1):29-50.

42. Roelofs K, Hoogduin KAL, Keijsers GPJ, Näring GWB, Moene FC, Sandijck P. Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder. *J Abnorm Psychol.* mai 2002;111(2):390-5.

43. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin K, Sandyck P, Roelofs K. Hypnotizability, dissociation and trauma in patients with a conversion disorder: an exploratory study. *Clin Psychol Psychother.* nov 2001;8(6):400-10.

44. Reuber M, Burness C, Howlett S, Brazier J, Grünewald R. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: a pilot study. *J Psychosom Res.* déc 2007;63(6):625-32.

45. Chastan N, Parain D. Psychogenic paralysis and recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation: Psychogenic Paralysis and rTMS. *Mov Disord.* 30 juill 2010;25(10):1501-4.

46. Schönfeldt-Lecuona C, Lefaucheur J-P, Lepping P, Liepert J, Connemann BJ, Sartorius A, et al. Non-Invasive Brain Stimulation in Conversion (Functional) Weakness and Paralysis: A Systematic Review and Future Perspectives. *Front Neurosci.* 2016;10:140.

47. Garcin B, Mesrati F, Hubsch C, Mauras T, Iliescu I, Naccache L, et al. Impact of Transcranial Magnetic Stimulation on Functional Movement Disorders: Cortical Modulation or a Behavioral Effect? *Front Neurol.* 2017;8:338.

48. Nielsen G. Physical treatment of functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:555-69.

49. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophr Bull.* 1 janv 1980;6(3):490-505.

50. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* févr 2015;173(1):79-84.

51. Victorin J. Mise en place d'un groupe de psychoéducation pour patients atteints d'un trouble schizophrénique au sein du CMP La Grave. Toulouse III; 2017.

52. Lang J-P, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Lalanne Tongio L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* févr 2019;67(1):59-64.

53. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* avr 2011;169(3):184-7.

54. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
55. Loi_HPST-a444.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://sfc cardio.fr/sites/default/files/pdf/Loi_HPST-a444.pdf
56. Carruzzo D. Psychoéducation des familles dans la schizophrénie : impact clinique et socio relationnel du programme Profamille sur le devenir du patient à Rennes. Rennes 1; 2016.
57. Maurel M, Draï D, Kaladjian A, Pauly V, Azorin J-M. Étude contrôlée randomisée des effets de la pharmaco-éducation sur une population française de patients souffrant de troubles schizophréniques et schizo-affectifs. *Can J Psychiatry*. mai 2010;55(5):329-37.
58. Gay C, Cuche H, Cléry-Melin P. Mesures psychoéducatives et troubles bipolaires. Données actuelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2006;164(5):446-50.
59. Mirabel-Sarron C, Giachetti R. Les thérapies non-médicamenteuses dans les troubles bipolaires. *L'Encéphale*. déc 2012;38:S160-6.
60. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative Care for Bipolar Disorder: Part II. Impact on Clinical Outcome, Function, and Costs. *Psychiatr Serv*. 1 juill 2006;57(7):937-45.
61. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. nov 2005;50(13 Suppl 1):7S-57S.
62. Castillo M-C, Urdapilleta I, Petitjean F, Sez nec J-C, Januel D. L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2008;166(8):599-605.
63. Zrebiec J. Tips for Running a Successful Group. *Diabetes Spectr*. 1 avr 2003;16(2):108-11.
64. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2008;2(4):425-31.
65. Buchot M, Le Goff A. Expérience d'un groupe de communication au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle : évaluation de l'efficacité de cette rééducation pour des personnes aphasiques. Lille 2; 2011.
66. M. Zaroff C, Myers L, B. Barr W, Luciano D, Devinsky O. Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. août 2004;5(4):587-92.
67. Lacroix A. Pédagogie de groupe ou individuelle. 2007;17(6-8).
68. Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: a pilot study. *Epilepsy Behav EB*. mai

2014;34:68-72.

69. Wiseman H, Mousa S, Howlett S, Reuber M. A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment. *Epilepsy Behav.* oct 2016;63:50-6.

70. Chen DK, Maheshwari A, Franks R, Trolley GC, Robinson JS, Hrachovy RA. Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia.* 2014;55(1):156-66.

71. Barry JJ, Wittenberg D, Bullock KD, Michaels JB, Classen CC, Fisher RS. Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: A pilot study. *Epilepsy Behav.* nov 2008;13(4):624-9.

72. Metin SZ, Ozmen M, Metin B, Talasman S, Yeni SN, Ozkara C. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* juill 2013;28(1):91-4.

73. Cope SR, Smith JG, King T, Agrawal N. Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks. *Epilepsy Behav.* mai 2017;70:238-44.

74. Prigatano GP, Stonnington CM, Fisher RS. Psychological factors in the genesis and management of nonepileptic seizures: clinical observations. *Epilepsy Behav.* août 2002;3(4):343-9.

75. Baumann C, Erpelding M-L, Régat S, Collin J-F, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* févr 2010;58(1):33-9.

76. Saadi A, Patenaude B, Mateen FJ. Quality of life in epilepsy—31 inventory (QOLIE-31) scores: A global comparison. *Epilepsy Behav.* déc 2016;65:13-7.

77. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine.* sept 2001;Volume 16, Issue 9, pp 606–613.

78. Wagner JL, Kellermann T, Mueller M, Smith G, Brooks B, Arnett A, et al. Development and validation of the NDDI-E-Y: a screening tool for depressive symptoms in pediatric epilepsy. *Epilepsia.* août 2016;57(8):1265-70.

79. Zingano B de L, Guarnieri R, Diaz AP, Schwarzbald ML, Wolf P, Lin K, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A) and The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) accuracy for anxiety disorders detection in drug-resistant mesial temporal lobe epilepsy patients. *J Affect Disord.* 01 2019;246:452-7.

80. Bártolo A, Monteiro S, Pereira A. Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. *Cad Saúde Pública [Internet].* 28

89

- sept 2017 [cité 16 sept 2019];33(9). Disponible sur: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000904002&lng=en&tlng=en
81. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. août 1994;151(8):1132-6.
82. Soto CJ, John OP. The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. *J Pers Soc Psychol*. juill 2017;113(1):117-43.
83. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, et al. Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Personal Disord*. 1998;12(2):172-8.
84. Stivaletti Colombarolli M, Carolina Zuanazzi A, Koich Miguel F, Giromini L. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in Brazil. *Transcult Psychiatry*. oct 2019;56(5):992-1010.
85. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*. janv 2002;17(1):1-16.
86. Mazzotti E, Farina B, Imperatori C, Mansutti F, Prunetti E, Speranza AM, et al. Is the Dissociative Experiences Scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the Dissociative Experiences Scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1295-302.
87. McGrath RE, Burkhart BR. Measuring life stress: a comparison of the predictive validity of different scoring systems for the social readjustment rating scale. *J Clin Psychol*. juill 1983;39(4):573-81.
88. Manzar MD, Salahuddin M, Peter S, Alghadir A, Anwer S, Bahammam AS, et al. Psychometric properties of the perceived stress scale in Ethiopian university students. *BMC Public Health*. 9 janv 2019;19(1):41.
89. Soron TR. Validation of Bangla Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRSB). *Asian J Psychiatry*. août 2017;28:41-6.
90. Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail AA, Neuner F. The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*. 16 2018;18(1):259.
91. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. févr 1988;14(1):61-8.

92. Caballo VE, Salazar IC, Arias V, Hofmann SG, Curtiss J. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a large cross-cultural Spanish and Portuguese speaking sample. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. avr 2019;41(2):122-30.
93. Paterniti S, Bisserbe J-C. Factors associated with false positives in MDQ screening for bipolar disorder: Insight into the construct validity of the scale. *J Affect Disord.* 01 2018;238:79-86.
94. Leite PL, Filomensky TZ, Black DW, Silva AC. Validity and reliability of the Brazilian version of Yale-Brown obsessive compulsive scale-shopping version (YBOCS-SV). *Compr Psychiatry.* août 2014;55(6):1462-6.
95. Østergaard SD, Foldager L, Mors O, Bech P, Correll CU. The Validity and Sensitivity of PANSS-6 in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Study. *Schizophr Bull.* 15 2018;44(2):453-62.
96. Maurel M, Belzeaux R, Adida M, Fakra E, Cermolacce M, Da Fonseca D, et al. Schizophrénie, cognition et psycho-éducation. *L'Encéphale.* déc 2011;37:S151-4.
97. Reiter J, Andrews D, Reiter C, LaFrance WC. Taking control of your seizures workbook. 2016.
98. Salamin V. L'affectivité au quotidien dans les troubles somatoformes. *Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg (Suisse);* 2009.
99. Boële A. Approche clinique dimensionnelle dans les troubles fonctionnels et somatoformes. *Faculté de Médecine Paris Descartes;* 2016.
100. Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quartero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 janv 2009;(1):CD006442.
101. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2 juin 2008;8:41.
102. Istin M. Programmes d'éducation thérapeutique chez les sujets souffrant de crises non épileptiques d'origine psychogène: revue de la littérature. 2019.
103. Mirabel-Sarron C. Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2011;169(6):398-402.
104. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol.* nov 1998;107(4):587-95.
105. Santé. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sant%C3%A9&oldid=159106634>
106. Bakvis P, Roelofs K, Kuyk J, Edelbroek PM, Swinkels WAM, Spinhoven P. Trauma, stress, and preconscious threat processing in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* mai

2009;50(5):1001-11.

107. Seignourel PJ, Miller K, Kellison I, Rodriguez R, Fernandez HH, Bauer RM, et al. Abnormal affective startle modulation in individuals with psychogenic [corrected] movement disorder. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 15 juill 2007;22(9):1265-71.

108. Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain J Neurol.* juin 2001;124(Pt 6):1077-90.

109. Mouchabac S. Conversion hystérique et imagerie fonctionnelle. 2007;14.

110. Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet Lond Engl.* 8 avr 2000;355(9211):1243-4.

111. Aybek S, Nicholson TR, O'Daly O, Zelaya F, Kanaan RA, David AS. Emotion-motion interactions in conversion disorder: an FMRI study. *PloS One.* 2015;10(4):e0123273.

112. Voon V, Brezing C, Gallea C, Hallett M. Aberrant supplementary motor complex and limbic activity during motor preparation in motor conversion disorder. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* nov 2011;26(13):2396-403.

113. Beck A. La thérapie cognitive et les troubles émotionnels. DE BOECK UNIVERSITE; 2017. 320 p.

114. Servant D. Apports des principales techniques de relaxation et de méditation. In: La relaxation [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 17 sept 2019]. p. 1-53. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294744945000019>

115. Louis Chaloult, Goulet jean, Ngo T. LA RELAXATION PROGRESSIVE ET DIFFERENTIELLE DE JACOBSON.

116. Chaloult L. L’AFFIRMATION DE SOI. 2014;47.

117. Amazon.fr - L’affirmation de soi : une méthode de thérapie - Frédéric Fanget, Bernard Rouchouse - Livres [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.amazon.fr/Laffirmation-soi-une-m%C3%A9thode-th%C3%A9rapie/dp/2738119662>

118. Strutt AM, Hill SW, Scott BM, Uber-Zak L, Fogel TG. Motivation, psychopathology, locus of control, and quality of life in women with epileptic and nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav EB.* oct 2011;22(2):279-84.

119. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

120. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry.* mars 2005;18(2):189-93.

121. Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sánchez-Villegas A, Kivimäki M, et al. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Mol Psychiatry*. juill 2019;24(7):965-86.
122. Sommeil [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sommeil>
123. TCC, qui ? quand ? comment ? pdf [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: http://www.hopitalmontfort.com/sites/default/files/PDF/j0116_mc_joanisse_tcc-2_v2.pdf
124. Bernard M, Zimmermann G, Favez N. Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie ? Perspectives théoriques et empiriques. *Prat Psychol*. déc 2011;17(4):301-13.
125. Likert_1932.pdf [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
126. Gicquel M. Évaluation de l'acceptabilité d'une échelle d'alliance thérapeutique traduite en français, la Working alliance inventory, auprès des internes de médecine générale de Brest: étude descriptive- étude pilote. Bretagne occidentale; 2016.
127. Ferreira C, Gay M-C, Regnier-Aeberhard F, Bricaire F. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. janv 2010;168(1):25.
128. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. déc 2016;39(6):935-46.
129. Huang I-C, Wu AW, Frangakis C. Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population*. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. févr 2006;15(1):15-24.
130. Albert V. Adaptation et validation d'un questionnaire mesurant les représentations liées à l'incapacité au travail auprès d'adultes présentant un trouble musculosquelettique. [Canada, Quebec]: Sherbrooke; 2012.
131. Hode Y. PROFAMILLE Version V3.3 GUIDE DE L'ANIMATEUR Document de formation préalable à l'animation de Profamille. réseau profamille. 2018.
132. Pommery A, Moisan D, Claudon M. Patient expert en addictologie. *Médecine Mal Métaboliques*. nov 2018;12(7):610-1.
133. Addington DE, McKenzie E, Norman R, Wang J, Bond GR. Essential Evidence-Based Components of First-Episode Psychosis Services. *Psychiatr Serv*. mai 2013;64(5):452-7.
134. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory [Internet]. Vol. chapter 1. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 2008 [cité 27 août 2019]. Disponible sur:

<http://methods.sagepub.com/book/basics-of-qualitative-research>

Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques du trouble conversif DSM III

DSM III Critères diagnostiques du trouble conversif

- A. Le symptôme prédominant est une perte ou une altération du fonctionnement physique.
- B. Les facteurs psychologiques sont impliqués dans l'étiologie du symptôme :
 - (1) il existe une relation temporelle entre un stimulus environnemental apparemment lié à un conflit ou à un besoin psychologique et le début du symptôme
 - (2) le symptôme permet à l'individu d'éviter certaines activités qui lui sont nocives
 - (3) le symptôme permet à l'individu d'obtenir de l'environnement une aide qui, autrement, ne pourrait pas être disponible
- C. Le symptôme est involontaire.
- D. Il n'y a pas de lésion organique ou de mécanisme physiopathologique défini.
- E. Le symptôme ne se limite pas à la douleur ni à une perturbation du fonctionnement sexuel.

Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble de conversion DSM-IV-TR

DSM-IV-TR Critères diagnostiques du F44.x [300.111 Trouble de conversion

- A. Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.
- B. On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.
- C. Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble factice ou la Simulation).
- D. Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par les effets directs d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés.
- E. Le symptôme ou le déficit est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale.
- F. Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur ou à une dysfonction sexuelle, ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble de la somatisation et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier le type de symptôme ou de déficit :

.4 Avec symptôme ou déficit moteur

.5 Avec des crises ou des convulsions

.6 Avec symptôme ou déficit sensitif ou sensoriel

.7 Avec présentation mixte

Annexe 3 : Critères diagnostiques du trouble de conversion DSM 5

DSM 5 Trouble de conversion (trouble neurologique à symptomatologie fonctionnelle)

- A. Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles.
- B. Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection médicale ou neurologique reconnue.
- C. Les symptômes ou les handicaps ne sont pas mieux expliqués par une maladie mentale ou médicale.
- D. Le symptôme ou le handicap entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale.

Spécifier le type de symptôme :

(F44.4) Avec faiblesse ou paralysie

(F44.4) Avec mouvements anormaux (p. ex. tremblements, mouvements dystoniques, myoclonie, trouble de la marche)

(F44.4) Avec des symptômes de déglutition

(F44.4) Avec des troubles de l'élocution (p. ex. dysphonie, trouble de l'articulation)

(F44.5) Avec des attaques ou crises épileptiformes

(F44.6) Avec anesthésie ou avec perte sensorielle

(F44.6) Avec symptôme sensoriel spécifique (p. ex. perturbations visuelles olfactives ou auditives)

(F44.7) Avec symptômes associés

Spécifier si :

Episode aigu : symptômes présents depuis moins de 6 mois.

Persistant : symptômes survenant depuis 6 mois ou plus.

Spécifier si :

Avec facteur de stress psychologique (spécifier le facteur de stress)

Sans facteur de stress psychologique

Annexe 4 : Critères diagnostics des troubles dissociatifs de conversion de la CIM10

CIM 10 Troubles dissociatifs de conversion

F44.0 Amnésie dissociative

F44.1 Fugue dissociative

F44.2 Stupeur dissociative

F44.3 Etats de transe et de possession

F44.4 Troubles moteurs dissociatifs

F44.5 Convulsions dissociatives

F44.6 Anesthésies et atteintes sensorielles dissociatives

F44.7 Trouble dissociatif de conversion mixte

F44.8 Autres troubles dissociatifs de conversion

Annexe 5 : Signes Positifs des TNF d'après Espay et al. (9)

| Symptômes fonctionnels négatifs (faiblesse ou paralysie) | |
|---|--|
| Symptômes généraux | lenteur extrême et fatigue, évolution fluctuante |
| Faiblesse ou paralysie du membre inférieur | signe de Hoover, signe de l'abducteur de la hanche, possibilité de tenir debout sur la pointe des pieds ou sur les talons mais impossibilité de flexion plantaire ou dorsiflexion du pied |
| Faiblesse ou paralysie du membre supérieur | signe de l'abduction du doigt |
| Parkinsonisme | ralentissement, diminution de l'amplitude du tremblement lors de tapotements répétitifs, variabilité de la résistance lors des mouvements passifs (Gegenhalten) |
| Symptômes fonctionnels positifs (excès de mouvements) | |
| Tremblement | variabilité de fréquence, entraînement ou suppressibilité, coactivation tonique des muscles antagonistes au début du trouble, pause du tremblement lors de mouvements balistiques controlatéraux |
| Dystonie | position fixée dès le départ, résistance variable à l'examen des mouvements passifs |
| Tics | non stéréotypés, interférence lors de la parole et des actions volontaires |
| Manifestations axiales fonctionnelles | |
| Marche | démarche avec l'avant-pied en contact avec le sol, lenteur excessive, semblable à « une marche sur la glace » |
| Posture | variabilité de la position dans le temps, inconstance, posture non économique |
| Balancement de la marche | chutes totalement contrôlées ou complètement incontrôlées malgré un balancement excessif à la marche, atténuation du balancement ou du déséquilibre lors de la réalisation d'une double tâche |
| Parole | début brutal de dysphonie, bégaiement ou dyprosodie, accent étranger |

Annexe 6 : Echelles Psychométriques utilisées dans les articles des groupes TNF de la littérature

| | |
|--|--|
| Qualité de vie | 36-Item Short-form Health Survey (SF-36) Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) |
| Qualité de vie en lien avec l'épilepsie | Epilepsy-specific quality-adjusted life year (NewQOL-6D) Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31) |
| Evaluation Globale | Clinical global improvement (CGI) Oxford Handicap Scale (OHS) Symptoms check list 90 (SCL-90) |
| Symptômes dépressifs | Hospital anxiety and depression scale (HADS) Revised Emotional Thermometer Scale (ET7) Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Beck Depression Inventory (BDI) |
| Symptômes anxieux | Hospital anxiety and depression scale (HADS) Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) Beck Anxiety Inventory (BAI) State Trait Anxiety Inventory (STAI) |
| Fonctionnement général | The Work and Social Adjustment Scale (WSAS) the Global Assessment of Functioning (GAF) |
| Perception de la maladie | Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) |
| Dissociation | Dissociative Experiences Scale (DES) Curious Experiences Survey (CES) |
| Stratégies d'adaptation | The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) Ways of Coping Questionnaire (WAYS) |
| Traumatisme psychique | Davidson Trauma Scale (DTS) |
| Expression de la colère | State Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) |
| Impulsivité | Barratt Impulsiveness Scale (BIS) |
| Fardeau familial | Burden to Family Scale (BFSC) |
| Qualité des relations interpersonnelles | Longitudinal Interval Follow-up Evaluation–Range of Impaired Functioning Tool (LIFE RIFT) |



**PULSES : PROGRAMME UNIVERSITAIRE DE
LIAISON ET DE SOIN POUR LES ÉTIOLOGIES
SOMATIFORMES**

HÔPITAL PIERRE WERTHEIMER BRON

**Groupe de psycho-éducation
pour les**

TROUBLES NEUROLOGIQUES FONCTIONNELS

Livret du patient

La présence à chacune des 5 séances est souhaitée.

C'est un espace confidentiel et bienveillant où vous pouvez poser des questions et échanger avec d'autres personnes souffrant d'un trouble neurologique fonctionnel.

Une 6^{ème} séance sera organisée à distance.

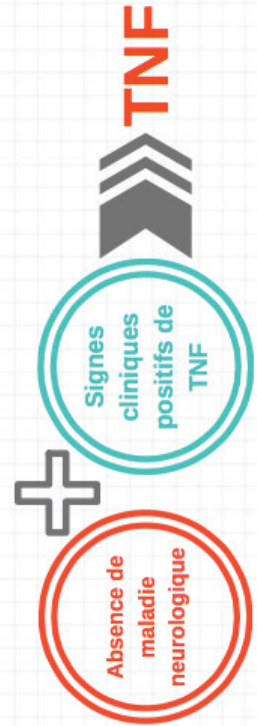
Séance 1 : Introduction aux Troubles Neurologiques Fonctionnels (TNF)

Les TNF, qu'est-ce que c'est ?

Les TNF appartiennent à la famille des **troubles somatoformes** ("qui prennent la forme du corps"). Il s'agit d'un **trouble du fonctionnement sensitivo-moteur, sans qu'une lésion puisse être identifiée**. Ce dysfonctionnement trouve son origine dans le fonctionnement émotionnel ou psychologique. Il peut être lié à une manière non consciente de réagir face aux problèmes, à des événements douloureux récents ou anciens, ou à un épuisement progressif.

La zone du cerveau qui gère les émotions se trouve comme **surchargée**. Elle ne peut plus les traiter, et c'est le corps qui en souffre.

Les TNF sont principalement caractérisés par l'**apparition de symptômes neurologiques qui ne s'expliquent pas par une maladie neurologique**. Les symptômes peuvent être très différents d'une personne à l'autre, comme des mouvements involontaires, des douleurs, une fatigue intense, des sensations étranges, des malaises, des problèmes de mémoire, des paralysies, des difficultés à parler... Ce trouble est diagnostiqué par un neurologue et un psychiatre en s'appuyant sur :

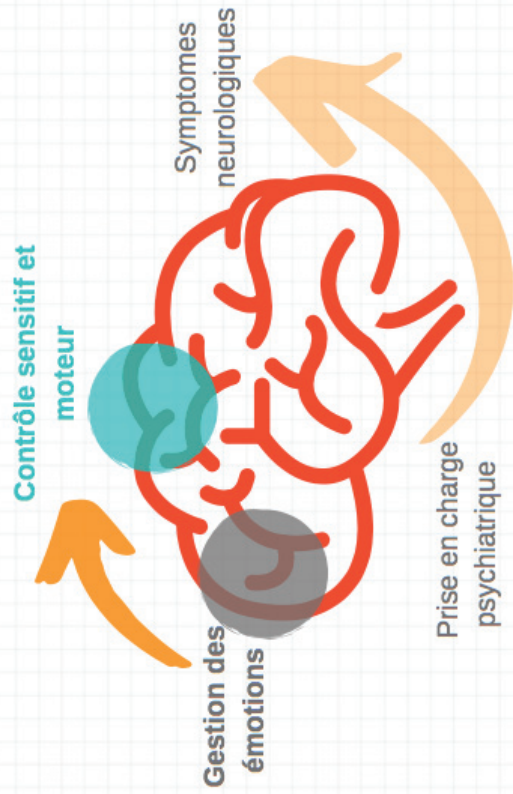


Psychologique, ça veut dire pas réel ?

Ce trouble existe et est bien réel. Il n'est pas simulé, vous ne faites pas exprès. Vous n'êtes donc pas fou !

La manifestation est réelle, mais l'origine est différente de celle que vous aviez peut être imaginée. Parfois le terme psychologique peut être péjoratif car compris comme « inventé ». Ce n'est pas le cas, mais cette maladie est encore méconnue du public et de certains médecins également.

Leur prise en charge concerne donc autant les médecins « somaticiens » que les psychiatres (et les psychologues).



Cela n'arrive qu'à moi ?

Les symptômes fonctionnels sont fréquents et représentent près de 30% des patients hospitalisés dans un service de neurologie.



D'où est-ce que cela vient ? Je ne me sens pas stressé.

Concrètement, vous souffrez d'une maladie de la connexion entre corps et émotions. Il arrive qu'au lieu d'évacuer les éléments négatifs par des larmes ou des crises de colère, les émotions **s'expriment par le corps en provoquant des réactions physiques** : mal au ventre, épaules tendues, visage rouge en public, cœur qui bat fort, maux de tête... parfois cela peut provoquer des réactions plus invalidantes, comme ce qui vous arrive aujourd'hui.

On n'identifie pas de cause précise à ce trouble mais plutôt des **facteurs prédisposants** c'est-à-dire qui vous rendent vulnérable au développement de ce type de trouble (voir séance 3).



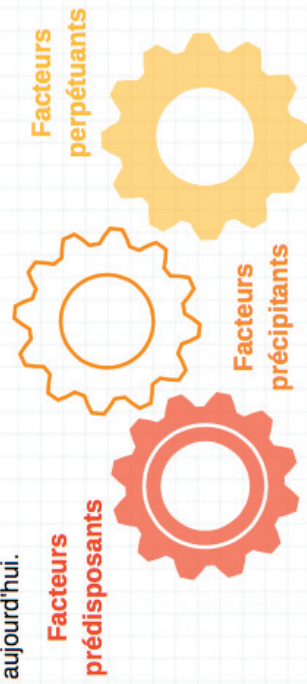
Pourquoi maintenant ?

Certains **facteurs « précipitants ou déclencheurs »** peuvent aider à comprendre pourquoi cela vous arrive maintenant. Ils sont parfois difficiles à identifier et il arrive de ne pas en trouver.



Pour quelles raisons le trouble reste ?

Des **facteurs perpétuants, ou de maintien**, permettent à ce trouble de perdurer dans le temps : ce sont des stratégies qui ont permis de s'adapter à une situation à un moment et qui alimentent le trouble aujourd'hui.



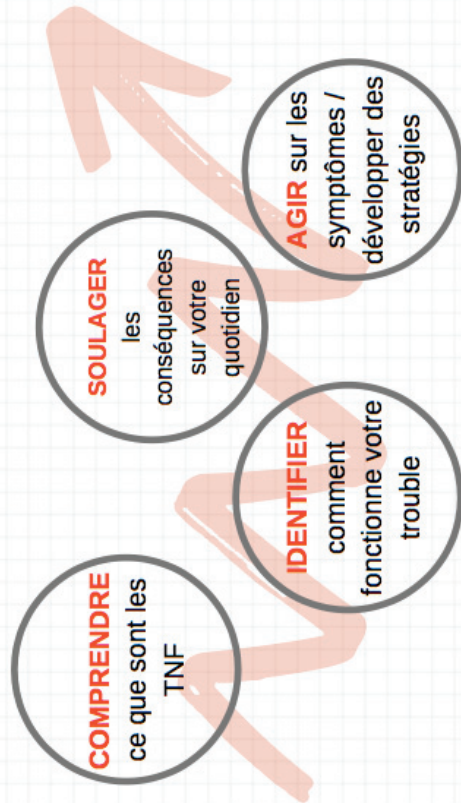
Comment cela se soigne ?

Ce qui est rassurant c'est que ce n'est pas une maladie grave neurologique, malgré le fait que ce soit très invalidant. Les préconisations actuelles de traitement sont :

- la rééducation / la kinésithérapie
- la psychothérapie

Vous allez donc jouer un rôle actif dans votre soin.

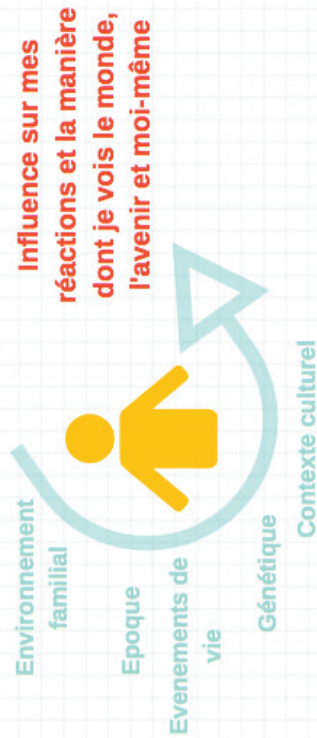
Le groupe auquel vous participez n'est pas une psychothérapie, c'est une première étape de soin. Il a pour but de vous aider à :



J'ai des questions :

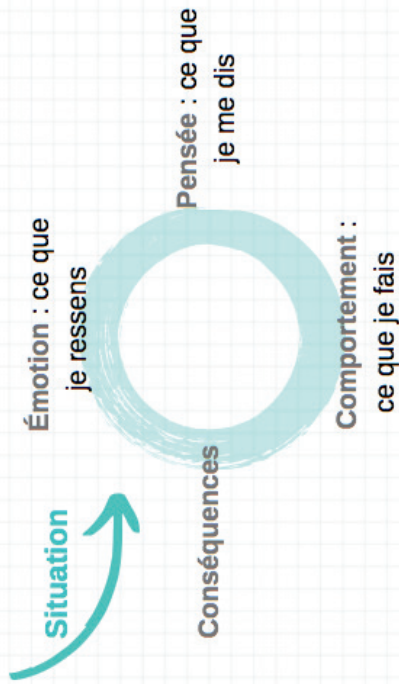
Séance 2 : Fonctionnement psychologique

Chaque être humain est unique par son capital génétique, mais également son parcours de vie, son environnement, ses choix. Nous construisons notre personnalité et nos représentations du monde en fonction des expériences vécues et du contexte dans lequel nous évoluons.



Ainsi, face aux situations que l'on rencontre dans le quotidien, nous allons avoir une manière relativement régulière et propre à chacun, de réagir ou parfois de ne pas réagir.

Ces réactions peuvent avoir des **conséquences** qui entraînent des souffrances et même des troubles au bout d'un certain temps. Il est alors conseillé de prendre conscience de son fonctionnement afin de trouver de **nouvelles manières de réagir**, pour espérer **changer les conséquences et diminuer les répercussions négatives**.



Pour mieux observer son fonctionnement on peut se demander :

- Y'a-t-il des moments, des situations, qui me provoquent un malaise ?
- A ce moment là qu'est-ce que je ressens (émotions) ? Comment je sais que je suis gêné ? Que se passe-t-il dans mon corps ? A quel point cette émotion est-elle forte de 0 à 10 ?
- En repensant à cette situation et en m'imaginant la vivre, quelles pensées me viennent ?

(Voir tableau d'auto-observation page suivante)

J'ai des questions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

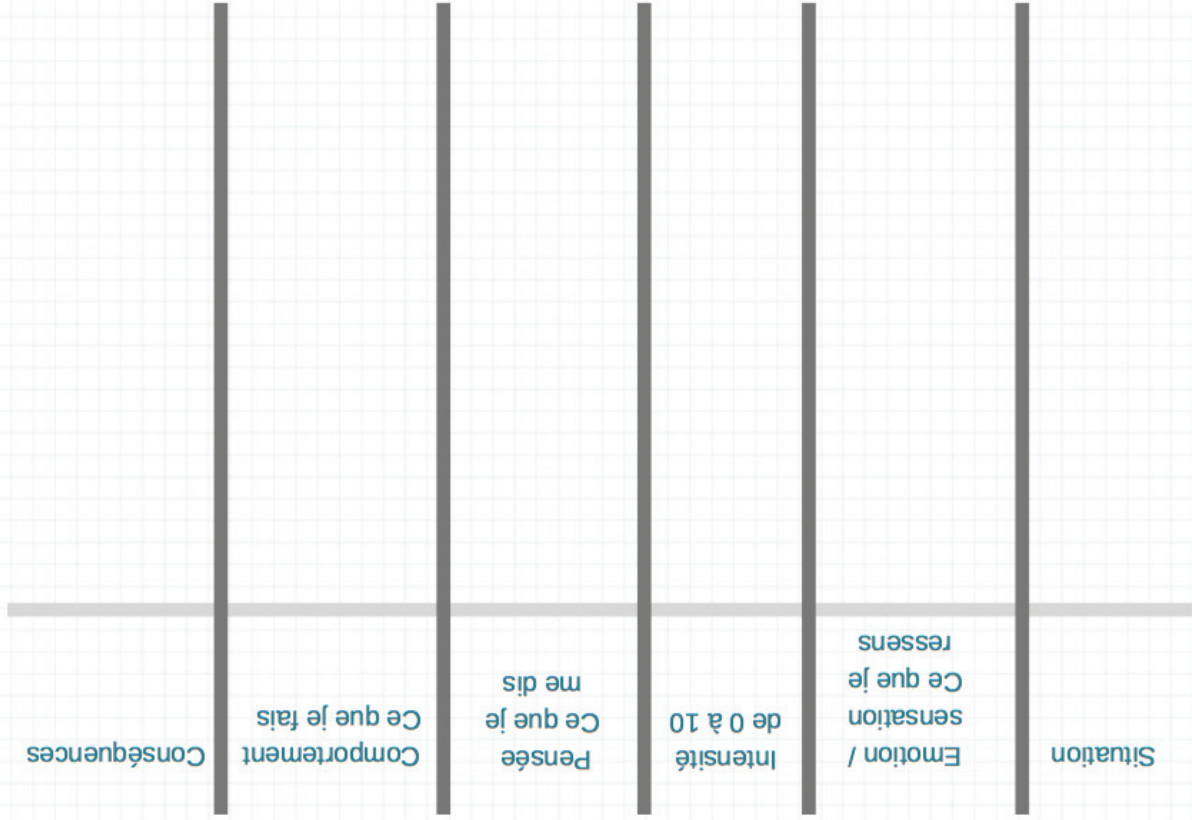
Séance 3 : Facteurs prédisposants et précipitants

Des facteurs **prédisposants**, c'est-à-dire qui vous rendent vulnérable au développement de ce type de trouble, peuvent être retrouvés dans votre histoire personnelle :

- Des perturbations émotionnelles (difficulté à gérer les émotions négatives, incapacité à repérer les émotions, à mettre des mots dessus)
- Des traumatismes passés
- Des antécédents de maladies neurologiques ou accidents (épilepsie, maladie chronique, traumatisme crânien...)
- Des antécédents familiaux de TNF
- Des troubles de l'humeur ou de la personnalité
- Des tendances à la dissociation
- Des dysfonctionnements familiaux

Suite à cela, certains éléments peuvent être « **précipitants** ou **déclencheurs** » et peuvent aider à comprendre pourquoi cela vous arrive maintenant :

- une émotion forte (même heureuse)
- un accident, une douleur récente ou une maladie survenue dans les derniers mois
- un épuisement émotionnel
- un sentiment d'impuissance...



Séance 4 : Facteurs perpétuants




Les facteurs perpétuants sont à la base des **mécanismes protecteurs**, qui deviennent par la suite des réponses mal adaptatives aux facteurs de stress que vous rencontrez :

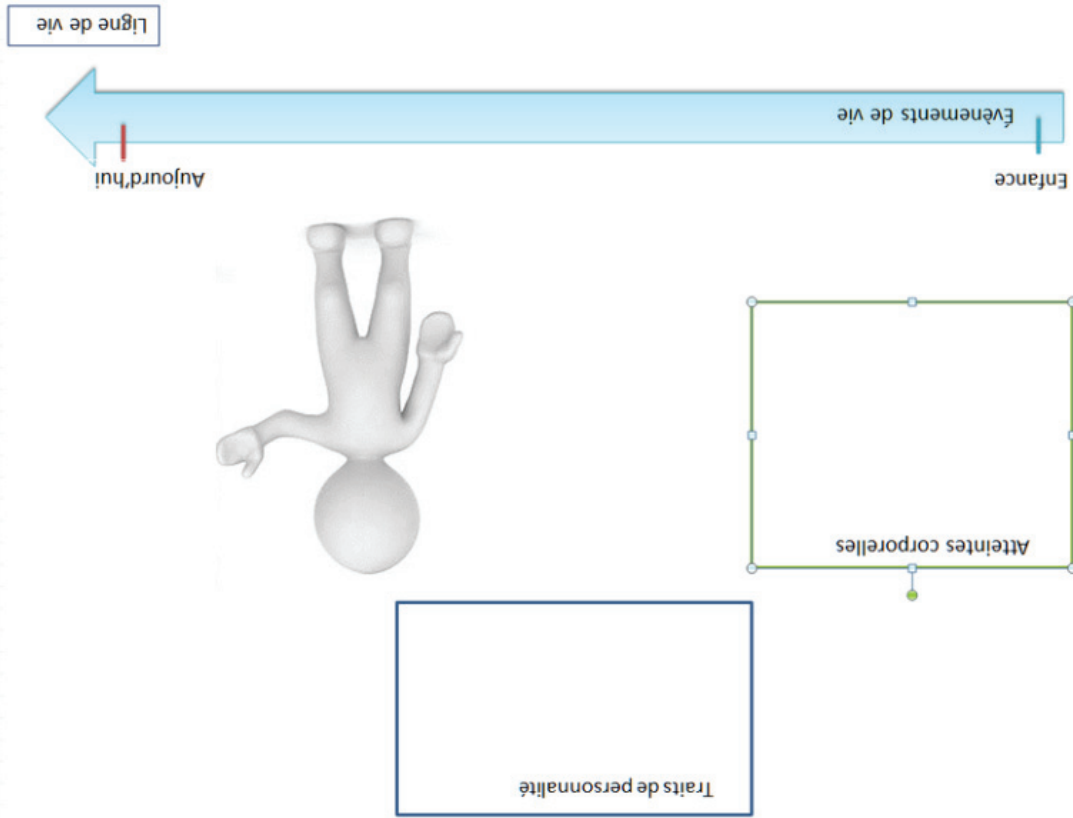
- Une mauvaise adhésion au diagnostic
- La multiplication des examens médicaux et des avis de médecins
- L'attention trop développée autour des symptômes (+ entourage)
- Des dysfonctionnements familiaux, sociaux ou un sentiment d'insécurité
- Des bénéfices secondaires (financiers, professionnels, sociaux)
- La tendance à mettre de côté les émotions négatives
- Un manque de stratégies de gestion du stress

Il est utile de les repérer pour diminuer leur influence et développer d'autres stratégies plus adaptées.



Le stress est un ensemble de réponses produites par l'organisme lorsqu'il rencontre une situation qui lui demande un effort d'adaptation. (voir tableau page suivante)

1. Reconnaître les signaux envoyés par l'organisme 
2. Identifier les stresseurs : faire le lien entre un mal-être diffus / un symptôme physique et un stresseur 
3. Connaître ses stratégies habituelles et en développer de nouvelles 





Exprimer ses émotions par l'affirmation de soi ?

Etre affirmé ce n'est pas être agressif, ni être passif. Dans la vie quotidienne ce qui provoque le plus de problèmes c'est de **ne pas être en accord avec soi-même** : ne pas dire quelque chose quand on le voudrait, ou dire alors que l'on voudrait le taire. Si je ne m'affirme pas, je peux avoir tendance à garder certaines émotions négatives, et à me surcharger.

L'affirmation de soi est une attitude basée sur le **sentiment que vous êtes un individu qui a autant de valeur que tous les autres**. Elle consiste à :

Dire,

Le plus calmement, sincèrement et simplement possible, Ses droits, ses pensées, ses besoins et ses émotions, Tout en reconnaissant ceux des autres.

- Le « **JE** » implique. Le ON dilue le message.
- Le « **TU** » tue. Il est accusateur, nous dépossède de notre part de responsabilité et de notre capacité à faire face.
- Etre **empathique** : je suis conscient du vécu de l'autre sans prendre ses émotions pour moi.
- Ne pas se **justifier** : Nous avons le droit d'exprimer un besoin sans que l'autre en comprenne toutes les implications.
- Etre **précis** : Les demandes et critiques vagues peuvent être incomprises.
- **Persévérer** : On fait le disque rayé ! On peut répéter le même message en faisant évoluer les paramètres para-verbaux pour devenir de plus en plus ferme
- **Partager** mes émotions : communiquer sur ce qui se passe pour moi, « je suis gêné de te demander cela à nouveau ».

Pour finir une conversation : remercier et terminer par une formulation positive, si l'on a obtenu ou non satisfaction.

Auto-observation :

Un membre de votre famille vous demande s'il peut venir manger samedi midi. Hors vous aviez prévu de vous reposer car votre semaine était interminable.

Que répondez vous ?

Quelles sont les conséquences de cette réponse ?

Comment pourriez-vous réagir de manière à être en cohésion avec vous-même ?

Quelqu'un vous double dans la file d'attente de votre supermarché alors que vous êtes déjà en retard sur votre planning.

Comment réagissez vous ?

Quelles sont les conséquences de cette réponse ?

Comment pourriez-vous réagir de manière à être en cohésion avec vous-même ?

J'ai des questions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Séance 5 : Traitements et hygiène de vie

Les règles d'hygiène de vie :

De saines habitudes sont la meilleure défense contre le stress. Les habitudes à adopter sont toujours les mêmes mais il est courant de les oublier !

Maintenir une alimentation saine, dormir suffisamment, faire régulièrement de l'activité physique et éviter l'alcool et la cigarette. Développer des aptitudes, des loisirs, apprendre à voir le bon côté des choses, avoir un discours positif et bienveillant envers soi-même, s'entourer de personnes soutenantes.

Développer le bien-être :



Réduire le négatif

A favoriser

Développer le positif

Faire des activités positives pour réduire ma vulnérabilité émotionnelle.

Stimulation des sensations par les 5 sens :

- ouïe (j'écoute une musique, un podcast radio, je me concentre sur les paroles, les notes, je m'évade),
- goût (je m'offre un plaisir culinaire, un chocolat, une tisane...),
- toucher (je prends un bain moussant, je masse mes tempes, mes mains, je caresse mon chat),
- la vue (je feuillette un livre que j'aime, j'achète des fleurs, je regarde un paysage),
- l'odorat (j'allume une bougie parfumée, je fais une lessive, un bon plat).

Quels traitements ?

Le TNF est une maladie encore peu connue avec beaucoup d'études en cours concernant les traitements. 2 traitements ont été validés et en montrant leur efficacité :

- **la rééducation** (kinésithérapeute / orthophoniste / médecin rééducateur)

Objectif : Recréer une connexion entre le corps et la commande : montrer que le mouvement est possible. Ré-entraîner le corps graduellement et agir sur les limitations d'activité. Agir sur la fatigue en équilibrant les actions quotidiennes.



- **les psychothérapies** : la psychothérapie de soutien, la thérapie psychodynamique mais principalement la TCC (Thérapie Cognitive Comportementale) dont l'efficacité a été démontrée.

Objectif : traiter les troubles psychiques éventuels + changer la façon dont le cerveau traite l'information pour minimiser la tendance à exprimer la détresse par des symptômes physiques et créer de nouveaux comportements qui rompent le schéma établi menant à ces symptômes.



- traitement pharmacologique neurologique : aucune efficacité
- traitement pharmacologique psychiatrique : antidépresseurs seuls ne sont pas efficaces sur le TNF si pas de dépression associée

Relaxation

RESPIRATION ABDOMINALE

Asseyez-vous sur une chaise. **Essayez de respirer uniquement par le ventre.** (La respiration abdominale est généralement moins profonde que la respiration thoracique.) Placez les mains sur le ventre, en dessous des côtes. Ainsi vous sentez bien ce qui se passe. Le ventre monte et descend à chaque respiration. La cage thoracique doit à peine bouger.

Lorsque vous parvenez à respirer par le ventre, vous allez contrôler votre rythme et respirer lentement : expirez plus que vous n'inspirez.

Essayez de faire l'exercice dans différentes positions : couché, assis, debout, et durant toutes sortes d'activités : quand vous lisez, quand vous faites la vaisselle, etc.

La façon de se tenir est également importante. Si vous êtes tassé, le dos arrondi, la respiration ventrale est difficile. Redressez-vous, les pieds bien à plat sur le sol. Vous sentirez alors que vous respirez plus calmement. Marchez toujours en vous tenant bien droit.

COHÉRENCE CARDIAQUE

La respiration qui équilibre :

Inspirez 5sec et expirez 5sec

Pendant 5 min

Au moins 3 fois par jour.



RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON

Pendant 20min environ, après s'être habillé pour bien s'éveiller et/ou en fin de journée. Éviter après les repas ou après avoir pris un stimulant (caféine) ou de l'alcool.

S'installer seul(e), dans une pièce calme, bien aérée, fraîche, semi-obscur et isolée le plus possible des bruits de la maison : téléphone, enfants, conjoint, visiteurs, etc.

S'installer confortablement, les bras allongés le long du corps et repliés, la paume des mains retournée vers le sol, les jambes allongées, les talons un peu écartés et les pieds légèrement tournés vers l'extérieur. On peut aussi utiliser un bon fauteuil confortable.

Détacher tout vêtement trop serré au niveau de la taille, du thorax et du cou. Lorsque des distractions surviennent, ramener doucement son attention sur l'exercice en cours sans s'impatienter et sans faire d'effort.

Vous allez maintenant contracter chaque groupe de muscle un à un en partant des orteils jusqu'à la tête, puis de les relâcher graduellement par la suite. N'allez toutefois pas au-delà de la sensation de malaise.

Bien observer la sensation causée par la contraction, puis le confort apporté par la détente.

Pendant les périodes de détente, identifier soigneusement les zones de tension qui persistent et les faire disparaître de son mieux.

À la fin de chaque séance, prendre une profonde inspiration, ouvrir les yeux, étirer tous ses membres puis expirer. Avant de se lever, rester assis quelques secondes sur le bord du lit ou du sofa.

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction

Groupe de psychoéducation pour les Troubles Neurologiques Fonctionnels

Questionnaire de satisfaction

Vous avez participé au groupe « Psychoéducation pour les Troubles Neurologiques Fonctionnels ». Votre avis nous intéresse et nous aidera à améliorer la qualité de notre intervention thérapeutique. Pour cela nous vous demandons de répondre à ce questionnaire, cela ne prendra que quelques minutes.

| Pédagogie | Pas satisfait du tout | Pas satisfait | Moyennement satisfait | Satisfait | Très satisfait |
|--|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|
| Adéquation de l'intervention avec ses objectifs | | | | | |
| Qualité d'intervention | | | | | |
| Place réservée à l'échange et au travail de groupe | | | | | |

| Intervenants | Pas satisfait du tout | Pas satisfait | Moyennement satisfait | Satisfait | Très satisfait |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|
| Disponibilité des intervenants | | | | | |
| Ambiance générale | | | | | |

| Forme des séances | Pas satisfait du tout | Pas satisfait | Moyennement satisfait | Satisfait | Très satisfait |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------|-----------------------|
| Nombre (6 séances) | | | | | |
| Durée (1h30) | | | | | |
| Fréquence (1/semaine) | | | | | |

| Efficacité | Absolument pas | Pas vraiment | Moyennement | Beaucoup | Absolument |
|--|-----------------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| Avez-vous appris des choses sur la maladie ? | | | | | |
| Le groupe a-t-il répondu à vos attentes ? | | | | | |
| Avez-vous été intéressé par ce groupe ? | | | | | |
| Pensez-vous que ce groupe va vous aider à mieux vivre avec votre maladie ? | | | | | |
| Vos symptômes ont-ils évolué de façon positive ? | | | | | |
| Conseillerez-vous ce groupe à d'autres patients ? | | | | | |

Globalement, sur une échelle de 1 (pas satisfait) à 10 (satisfait) quelle est votre appréciation du groupe ?

| |
|--|
| |
|--|

Remarques, Critiques, Suggestions

| |
|--|
| |
|--|

Annexe 9 : Echelle WHOQOL-Bref

Qualité de vie OMS (WHOQOL-BREF)

Entourez le chiffre qui correspond le plus à chacune des propositions suivantes.

| | Très faible | Faible | Ni faible, ni bonne | Bonne | Très bonne |
|---|----------------------------|-----------------------|---|-------------------|--------------------------|
| 1- Comment évaluez-vous votre qualité de vie ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Très insatisfait(e) | Insatisfait(e) | Ni satisfait(e), ni insatisfait(e) | Satisfait | Très satisfait(e) |
| 2- Êtes-vous satisfait(e) de votre santé ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Extrêmement |
| 3- La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4- Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5- Aimez-vous votre vie ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Estimez-vous que votre vie a du sens ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Êtes-vous capable de vous concentrer ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Vivez-vous dans un environnement sain ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- Acceptez-vous votre apparence physique ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14- Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Très difficilement | Difficilement | Assez facilement | Facilement | Très facilement |
| 15- Comment arrivez-vous à vous déplacer ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Très insatisfait(e) | Insatisfait(e) | Ni satisfait(e), ni insatisfait(e) | Satisfait | Très satisfait(e) |
| 16- Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Très insatisfait(e) | Insatisfait(e) | Ni satisfait(e), ni insatisfait(e) | Satisfait | Très satisfait(e) |
|--|---------------------|----------------|------------------------------------|--------------|-------------------|
| 18- Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Êtes-vous satisfait(e) de vous ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20- Êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21- Êtes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22- Êtes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23- Êtes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24- Êtes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25- Êtes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Jamais | Parfois | Assez souvent | Très souvent | Tout le temps |
| 26- Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Annexe 10 : Echelle IPQ-R

Questionnaire sur la perception de la maladie (IPQ-R)

Votre vision de votre maladie :

Ci-dessous figure un certain nombre de symptômes que vous pouvez avoir ressentis ou non depuis votre maladie. Veuillez indiquer en entourant *oui* ou *non* si vous avez ressenti l'un de ces symptômes depuis votre maladie, et si vous pensez que ces symptômes sont en relation avec votre maladie.

MERCI DE BIEN VOULOIR RÉPONDRE À CHAQUE LIGNE DANS CHAQUE COLONNE ET DONC DE COCHER UNE CROIX PAR COLONNE

| | J'ai ressenti ce symptôme depuis le début de ma maladie | | Ce symptôme est associé à ma maladie | |
|---------------------------|---|-----|--------------------------------------|-----|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| DOULEUR | | | | |
| GORGE IRRITÉE | | | | |
| NAUSÉES | | | | |
| DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES | | | | |
| PERTE DE POIDS | | | | |
| FATIGUE | | | | |
| ARTICULATIONS RAIDES | | | | |
| YEUX IRRITÉS | | | | |
| RESPIRATION SIFFLANTE | | | | |
| MAUX DE TÊTE | | | | |
| LOURDEURS D'ESTOMAC | | | | |
| DIFFICULTÉS POUR DORMIR | | | | |
| VERTIGES | | | | |
| PERTE DE FORCE | | | | |
| TOTAL IDENTITÉ: | | | | |

Votre vision actuelle de votre maladie nous intéresse. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les déclarations suivantes relatives à votre maladie en entourant le chiffre approprié.

| | VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE | PAS DU TOUT D'ACCORD | PAS D'ACCORD | NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD | D'ACCORD | TOUT À FAIT D'ACCORD |
|-----------------------------------|--|----------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------------------|
| 1. | Ma maladie ne va pas durer longtemps | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Ma maladie est susceptible d'être permanente plutôt que temporaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Ma maladie va durer longtemps | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Cette maladie va rapidement passer | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Je pense que j'aurais cette maladie pour le restant de ma vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Ma maladie va s'améliorer avec le temps | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| TOTAL SCORE CHRONOLOGIE : | | | | | | |
| 7. | Ma maladie est grave | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Ma maladie a des conséquences importantes sur ma vie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Ma maladie n'a pas beaucoup d'effet sur ma vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ma maladie affecte beaucoup la façon dont les autres me voient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Ma maladie a des conséquences financières graves | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Ma maladie cause des difficultés à mes proches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| TOTAL SCORE CONSÉQUENCES : | | | | | | |
| 13. | Il y a beaucoup de choses que je peux faire pour contrôler mes symptômes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Ce que je fais peut déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma maladie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Le déroulement de ma maladie dépend de moi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE | PAS DU TOUT D'ACCORD | PAS D'ACCORD | NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD | D'ACCORD | TOUT À FAIT D'ACCORD |
|--|--|----------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------|----------------------------|
| 16. | Rien de ce que je fais n'affectera ma maladie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | J'ai le pouvoir d'influencer ma maladie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Mes actions n'auront aucun effet sur l'évolution de ma maladie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| TOTAL SCORE CONTRÔLE PERSONNEL : | | | | | | |
| 19. | Il y a peu de choses à faire pour améliorer ma maladie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. | Mon traitement sera efficace pour améliorer ma maladie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Les effets négatifs de ma maladie peuvent être prévenus(évités) par mon traitement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Mon traitement peut contrôler ma maladie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Rien ne peut aider mon état | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| TOTAL SCORE CONTRÔLE DU TRAITEMENT : | | | | | | |
| 24. | Les symptômes de mon état me laissent perplexe | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. | Ma maladie est un mystère pour moi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. | Je ne comprends pas ma maladie | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27. | Ma maladie n'a aucun sens pour moi | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. | J'ai une image nette ou une compréhension de mon état | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| SCORE TOTAL COHÉRENCE DE LA MALADIE : | | | | | | |
| 29. | Les symptômes de ma maladie changent beaucoup d'un jour à l'autre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | Mes symptômes vont et viennent par cycle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. | Ma maladie est imprévisible | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. | Je passe par des cycles au cours desquels ma maladie diminue ou empire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| SCORE TOTAL CHRONOLOGIE CYCLIQUE : | | | | | | |
| 33. | Je déprime quand je pense à ma maladie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. | Quand j'y pense, ma maladie m'inquiète | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. | Ma maladie me met en colère | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE | PAS DU TOUT D'ACCORD | PAS D'ACCORD | NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD | D'ACCORD | TOUT À FAIT D'ACCORD |
|---|---|----------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------------------|
| 36. | Ma maladie ne me gêne pas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. | A cause de cette maladie je suis anxieux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. | Ma maladie me fait peur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| SCORE TOTALE REPRÉSENTATIONS ÉMOTIONNELLES : | | | | | | |

Les causes de votre maladie :

Nous sommes intéressés par ce que vous considérez comme la cause probable de votre maladie. Les gens étant différents, il n'y a pas de réponse correcte à cette question. Ce qui nous intéresse le plus c'est votre propre point de vue sur les facteurs qui ont causé votre maladie plutôt que ce que les autres, y compris les médecins ou votre famille peuvent vous avoir suggéré. Ci-dessous figure une liste des causes possibles de votre maladie. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord sur ces causes en entourant le chiffre approprié.

| | CAUSES POSSIBLES | PAS DU TOUT D'ACCORD | PAS D'ACCORD | NI D'ACCORD NI PAS D'ACCORD | D'ACCORD | TOUT À FAIT D'ACCORD |
|-----|--|----------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------|----------------------------|
| 1. | Stress ou ennuis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Héréditaire – courant dans ma famille | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Un microbe ou un virus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Régime ou habitudes alimentaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Hasard ou Malchance | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Mauvais soins médicaux dans mon passé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Pollution de l'environnement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Mon propre comportement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Mon attitude mentale, ex : avoir une vision négative de la vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Problèmes de famille ou soucis causés par ma maladie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Ma surcharge de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Mon état émotionnel, ex : abattement, solitude, anxiété, vide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Vieillesse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Consommation d'alcool | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Consommation de tabac | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Accident ou blessure | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Ma personnalité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Détérioration de l'immunité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

LAPOULE Claire : Groupe de psychoéducation destiné aux patients souffrant de troubles neurologiques fonctionnels : étude de faisabilité

RESUME :

Introduction. Les troubles neurologiques fonctionnels (TNF) sont fréquents, mais relativement peu connus des professionnels de santé. Un point central de la prise en charge de ce trouble est la psychoéducation. Ce travail fait partie d'un projet d'implantation d'un groupe psychoéducatif dans un service hospitalo-universitaire de psychiatrie de liaison – consultation. La présente étude a pour objectif principal d'évaluer la faisabilité de ce programme pour les TNF et pour objectifs secondaires l'amélioration de la qualité de vie des patients après le groupe, l'évolution de la perception de la maladie des patients et l'orientation vers un suivi psychiatrique adapté.

Matériel et Méthodes. Nous avons mis en place un groupe de psychoéducation composé de 6 séances hebdomadaires de 1h30 par semaine. Ce programme est largement inspiré de programmes validés dans la littérature internationale. Afin de répondre à notre objectif principal, nous avons évalué le taux de recrutement et le taux de rétention, l'acceptabilité et la reproductibilité d'un tel groupe. Nous avons évalué l'amélioration de la qualité de vie grâce à l'échelle World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL Bref) et l'évolution de la perception de la maladie grâce à l'échelle Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R).

Résultats. Six patients ont participé au groupe. Notre taux de recrutement est de 75% et notre taux de rétention de 50%. D'après les patients, l'acceptabilité est satisfaisante. Notamment, ils recommanderaient tous à un proche de participer si cela lui était nécessaire. La reproductibilité est facilitée par le petit nombre de séances, l'utilisation de supports réutilisables (livret patient, script, présentations PowerPoint) et les besoins limités en matériel. Une amélioration de la qualité de vie est retrouvée dans tous les domaines. Une modification positive de la perception de la maladie est observée pour tous les patients. Enfin, l'adhésion à un suivi psychiatrique semble avoir été renforcée.

Conclusion. En montrant la faisabilité d'un groupe de psychoéducation pour les TNF, nos résultats confirment ceux de la littérature existante. L'association entre une faisabilité élevée et une efficacité plausible nous encourage à mener une étude d'efficacité avant de proposer ce groupe de manière systématique. Cela est d'autant plus important que les traitements pour cette pathologie sont limités et peu disponibles.

MOTS CLES :

Troubles neurologiques fonctionnels
Groupe de psychoéducation
Etude de faisabilité

JURY :

Président : Monsieur le Professeur SAOUD Mohamed
Membres : Monsieur le Professeur d'AMATO Thierry
Madame le Professeur VUKUSIC Sandra
Madame le Dr GHARIB Axelle

DATE DE SOUTENANCE : 23 octobre 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR : 6 place bellecour 69002 Lyon / lapoule.claire@gmail.com