

# Place des Interventions psychologiques Basées sur la Pleine Conscience (IBPC) en Médecine Générale (MG) : le cas d'un adolescent souffrant de fatigue avec décrochage scolaire

Olivier Bernard

Role of Mindfulness-Based Interventions (MBI) in general practice : case of an adolescent suffering from fatigue with school dropout

A mother makes an appointment at her general practitioner's (GP) clinic for her son who complains about fatigue and has dropped out of school. After a reassuring anamnesis, clinical examination, and blood tests, the process analysis highlights avoidance behavior.

Mindfulness-Based Intervention (MBI) is proposed to the adolescent and his parents, in line with the model of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Originally established in 1979 in a hospital setting, the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) has meanwhile undergone extensive research that has extended its scope of application. The program interventions are provided either in groups or individually and designed for therapeutic benefits or personal development. ACT is part of the therapeutic and individual approaches.

What function does this intervention play in general practice? How does the general practitioner introduce himself and bring about such an approach? What are the approach's strengths and advantages when conducted in the physician's office? What are the GP's limitations and when does it become necessary to refer the patient to a specialist? Which tools should be used? What are the prospects for integrating MBI into the GP's practice?

## KEY WORDS

MBI, adolescence, general practice, process approach, ACT, fatigue, school dropout

Dans le contexte d'une consultation de Médecine Générale (MG), une mère prend rendez-vous pour son fils qui se plaint de fatigue et se trouve en situation de décrochage scolaire. Après anamnèse, examen clinique et bilan sanguin rassurants, l'analyse processuelle met en évidence des comportements d'évitement.

Il est proposé à l'adolescent et ses parents une Intervention psychologique Basée sur la Pleine Conscience (IBPC), dans ce cas-ci en suivant le modèle de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT).

Apparues initialement en milieu hospitalier en 1979 (le programme de réduction du stress basé sur la Pleine Conscience : cycle MBSR), les IBPC font aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches cliniques qui ont étendu leur champ d'application. Elles sont dispensées soit en format de groupe, soit en individuel, elles sont thérapeutiques ou visent le développement personnel. ACT fait partie des approches de type thérapeutique et individuelle.

Quelle place ce type d'intervention a-t-elle en MG ? Comment le médecin généraliste se présente-t-il et amène-t-il une telle approche ? Quels sont les atouts et les avantages de ce type d'approche au cabinet du médecin ? Quelles sont ses limites et quand doit-il référer ? Quels outils utiliser ? Quelles sont les perspectives d'intégrer les IBPC dans la pratique d'un médecin généraliste ?

## ÉTUDE DE CAS

### INTRODUCTION : L'ANALYSE PROCESSUELLE

L'approche processuelle que l'on a utilisée dans le cas présent, n'est pas basée sur un diagnostic et se situe au-delà des écoles théoriques. Elle considère qu'il existe des processus communs à différents troubles (1). Elle implique une intervention ciblant les processus, soit de dépasser les limites des interventions classiques.

## INTÉRÊTS DE L'APPROCHE PROCESSUELLE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Dans leur cas, les diagnostics purs sont peu fréquents, il y a souvent comorbidité des difficultés (2,3). Les plaintes sont différentes entre enfant et parent et on sait que les interventions basées sur les diagnostics chez l'enfant ne sont pas toujours efficaces (4). De plus, l'approche processuelle permet de prendre en compte des aspects développementaux.

## DÉFINITION DU PROCESSUS PSYCHOLOGIQUE

C'est un élément cognitif, comportemental ou interpersonnel qui joue un rôle causal dans le développement du trouble psychologique et/ou dans son maintien. Il est dit « transdiagnostique », s'il est présent dans plusieurs troubles (1).

### Modèle de médiation des troubles mentaux par les processus psychologiques (5)



## LE CAS D'ÉDOUARD ET SON CONTEXTE BIO-PSYCHO-SOCIAL

Édouard, 17 ans vient en consultation pour la première fois, accompagné de sa mère. La plainte à l'avant-plan est une grande fatigue qui serait la cause d'un décrochage scolaire récent.

### Contexte biologique

À l'anamnèse, Édouard n'a pas d'autres plaintes somatiques que la fatigue. L'examen clinique est sans particularité, les résultats de la biologie clinique ne révèlent pas d'état inflammatoire, ni de carences particulières ou encore de dysfonction hormonale. Son alimentation est variée quoique relativement pauvre en légumes. Il est de corpulence mince et athlétique et pratique régulièrement du sport. Il ne consomme pas de toxiques : ni tabac, ni alcool, ni drogues. Il se couche souvent tard et manque d'heures de sommeil.

### Contexte social

L'adolescent fait partie d'une famille nombreuse. Ses parents ont tous les deux eu une éducation universitaire

### Différentes catégories de processus (6)

- Les évitements de l'expérience émotionnelle ou « évitements expérientiels » Les déficits et dysfonctionnements cognitifs
- Les déficits de compétence
- Les processus et patterns interpersonnels
- La dimension motivationnelle

À noter : la liste est non exhaustive, les items sont non mutuellement exclusifs, et il peut y avoir influence et interaction entre processus.

et sont ouverts à une approche moins classique de la médecine.

Il est en dernière année d'humanité dans une école dont les exigences tant du point de vue des connaissances que de la discipline sont très élevées. Il vit dans une maison d'un quartier résidentiel où il dispose de sa propre chambre. Le milieu social est aisé et il n'y a pas d'obstacles financiers pour entreprendre un travail psycho-thérapeutique.

### Contexte psychologique

Édouard dispose d'une intelligence vive et plutôt scientifique. Il a d'ailleurs, jusqu'il y a quelques mois, toujours été un élément brillant en sciences et en particulier en mathématiques. Il est entre autres passionné d'informatique et conçoit lui-même certains logiciels.

Comme il passe beaucoup de temps sur son ordinateur (réseaux sociaux, Youtube, programmation), cela retarde souvent sa mise au travail, entraînant de la culpabilité de ne pas faire ses devoirs pour l'école, du stress de ne pas pouvoir y arriver à temps et de réussir ses examens, et les heures de coucher tardives.

Il dégage une maturité supérieure à la moyenne pour son âge. Ce qui lui pose certaines difficultés à l'école où il vit en décalage par rapport à ses condisciples du même

âge. Il n'a pas les mêmes centres d'intérêts ni la même insouciance. Les liens sociaux sont cependant importants pour lui. Affectivement, il n'est pas en couple pour l'instant et une relation amoureuse lui manque.

Il est d'un naturel curieux et plutôt introverti. Il s'intéresse à la spiritualité sans avoir lui-même de pratique religieuse. Il a déjà essayé la méditation avec ses parents.

## CONTEXTE DE LA CONSULTATION

### Pourquoi chez moi ?

Les parents sont intéressés par une approche médicale « intégrative » incluant la médecine allopathique classique type EBM et d'autres outils (nutrition, mindfulness,...)

### Pourquoi cette demande ?

Les parents craignent que cette fatigue ait une origine biologique : carence, dysfonction hormonale,...

### Pourquoi maintenant ?

Décrochage avec échéances scolaires qui se rapprochent (diplôme de fin d'études secondaires).

## MODÈLE INTÉGRATIF (7)

Ken Wilber est ce philosophe qui a conceptualisé l'approche intégrative de toute entité, la déclinant dans quatre dimensions. L'intériorité personnelle et collective d'une part, qui sont « subjectives ». L'extériorité personnelle et collective d'autre part, qui sont « objectives ».

Ce modèle a été adapté à la Médecine par le Dr Elliot Dacher (8).

Il a débouché sur une grille de lecture claire et structurée en quatre quadrants qui permet d'avoir une vision d'ensemble, holistique du patient. La voici détaillée dans le cas d'Édouard.

<p><b>Intériorité personnelle</b> <u>Contexte psycho-spirituel</u></p> <p>Anxiété par rapport à sa scolarité Culpabilité par rapport à sa tendance à la distraction et la procrastination Relative solitude affective Ouverture Spirituelle Curiosité, introversion</p>	<p><b>Extériorité personnelle</b> <u>Contexte biologique</u></p> <p>Fatigue physique Alimentation pauvre en légumes Manque d'heures de sommeil Examen clinique et analyse de sang sans particularités Activité sportive régulière Pas de consommation de toxiques</p>
<p><b>Intériorité collective</b> <u>Contexte relationnel et culturel</u></p> <p>Parents universitaires Autisme dans la fratrie Relatif décalage avec les étudiants de son cours Pas de relation amoureuse Culture scientifique (math + informatique)</p>	<p><b>Extériorité collective</b> <u>Contexte social et environnemental</u></p> <p>Milieu aisé, quartier résidentiel Maison unifamiliale avec chambre privative École « élitiste » Situation d'échec scolaire</p>

## LA « MATRICE » D'ÉDOUARD

La méthode thérapeutique ACT utilise certains outils, comme la matrice qui a été décrite par Schoendorff et Polk (9). Simple d'utilisation, elle est utilisée pour « faire face » à une situation où le patient s'enferme dans un comportement non fonctionnel dans son contexte.

La matrice est en mathématique ce diagramme à plusieurs entrées. En anatomie, elle est l'organe qui accueille et nourrit

le fœtus pendant toute la grossesse. Symboliquement, elle est donc cet outil qui fait un « arrêt sur image » où le patient observe dans l'esprit de la Pleine Conscience et classe dans les différentes cases les composantes de son émotion, son comportement et les valeurs qui sont en jeu pour lui et qui donnent du sens ou pas aux actions qu'on le voit faire. Ce qui à terme, lui permet d'accoucher de nouveaux comportements fonctionnels et de s'engager dans des actions qui ont du sens.

## Extériorité (comportement)

<u>Actions qui m'éloignent</u>	<u>Actions qui m'approchent</u>
Ce qu'on l'on me voit faire qui m'éloigne de mes valeurs	Ce qu'on l'on me voit faire qui m'approche de mes valeurs
<u>Souffrance</u>	<u>Valeurs</u>
Pensée	Ce qui est important pour le patient et qui est en jeu dans cette situation
Émotion (et son siège dans le corps)	

## Intériorité (pensées, émotions, système de valeurs)

Voici la matrice réalisée en cours de thérapie qui résume la problématique d'Édouard :

<u>Actions qui m'éloignent</u>	<u>Actions qui m'approchent</u>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Je me réfugie dans mon écran (facebook, youtube,...) et le temps passe.</li> <li>2) Je me mets au travail passé minuit, je fais ce que je peux jusqu'aux petites heures, je suis fatigué quand le réveil sonne.</li> </ol>	<p>Je fractionne les tâches. En vacances, je commence par ranger ma chambre. A chaque étape (tâche accomplie), je m'offre un moment de détente</p>
<u>Souffrance</u>	<u>Valeurs</u>
<p>Pensée :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Je suis mal organisé, j'ai tendance à toujours reporter à la dernière minute, je ne sais pas travailler dans le désordre.</li> <li>2) Il est déjà tard, pourquoi je n'ai pas commencé plus tôt, je suis nul, je n'arriverai pas à étudier/faire mes travaux à temps.</li> </ol>	<p>Efficiencie Connaissance Organisation Ordre Autonomie Paix, sérénité</p>
<p>Émotion :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Découragement (front, épaules), Lassitude. 2) Culpabilité (poitrine), Angoisse (gorge, estomac).</li> </ol>	

Lorsqu'Édouard réalise cette matrice, il comprend et peut anticiper ce qui se joue lorsqu'il est en situation chez lui au retour de l'école. Les jugements « mal organisé » « incapable de travailler dans le désordre » provoquent chez lui un sentiment de découragement, d'impuissance. Il évite cette émotion inconfortable en se réfugiant devant son écran d'ordinateur (fuite). Cela lui évite à court terme de ressentir cet inconfort, mais alors que le temps passe, cela suscite de nouveaux jugements (je suis nul, je n'y arriverai pas...) accompagné de davantage d'émotions difficiles comme de l'angoisse et de la culpabilité, ce qui provoque une mise au travail tardive et un manque de

sommeil. Le cercle est vicieux, au plus Édouard est fatigué, au plus il est découragé, au plus il se laisse « tyranniser » par ses propres cognitions de toujours reporter, au plus il fuit cet inconfort dans les écrans, au plus il se sent coupable de le faire, anxieux de ses résultats,...

Ceci rejoint le modèle de persistance de la détresse émotionnelle de Barlow (*décrit ci-dessous*).

## MISE À JOUR DES PROCESSUS DANS L'EXEMPLE D'ÉDOUARD

De nombreux outils d'évaluation existent pour mettre à jour les processus en jeu dans la problématique d'Édouard.

Le questionnaire AFQ-Y de Greco et Lambert teste l'implication de la fusion et de l'évitement. (10).

Un autre test (AAQ-II) évalue la flexibilité psychologique au moyen du questionnaire d'acceptation et d'action. (11).

Plus spécifique à l'adolescent, le MAAS-A (12) est une échelle qui mesure la Pleine Conscience, soit un état d'esprit réceptif dans lequel l'attention informée par les cinq sens de ce qui se passe dans le présent, observe simplement ce qui prend place ici maintenant.

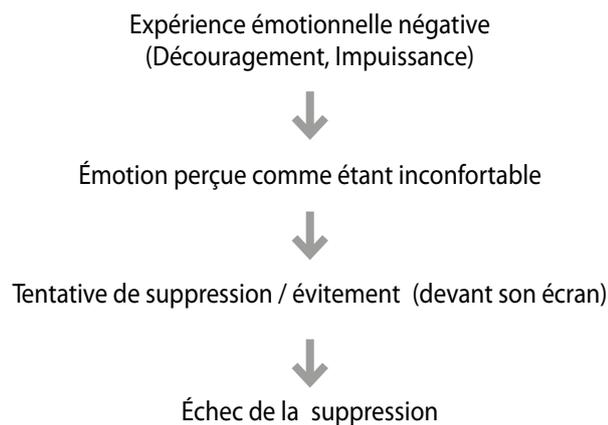
Dans la situation d'Édouard, il n'y a pas de déficits. Jusque-là, sa scolarité a été brillante. Les tests nous aident à mettre en évidence la conjonction de processus qui dans le contexte sont à l'origine des troubles.

L'évitement de l'expérience émotionnelle ou évitement expérientiel est central. Ici, sous forme de comportement tels que le refuge derrière son écran (distraction) ou sous forme de ruminations (pensées répétitives à propos d'une préoccupation émotionnelle) qui sont stériles mais lui évite de se confronter à l'inconfort de la mise au travail.

On note aussi le faible sentiment d'auto-efficacité (je suis nul, ...), et le traitement surgénéral abstrait de l'information (toujours tendance, ...) avec fusion cognitive (je suis comme ça).

### Modèle de persistance de la détresse émotionnelle de Barlow (13)

Si l'on applique cette grille à Édouard, on obtient ceci :



À court terme :

Augmentation des émotions inconfortables (angoisse et culpabilité)

À long terme :

- Plus d'émotions – et moins de +
- Fatigue/Échec scolaire

## BUT DE CETTE IBPC DANS CE CONTEXTE

Les IBPC de type ACT ont été l'objet d'essais randomisés contrôlés dont le nombre est exponentiel depuis sa création. Elles ont été reprises dans 4 grandes revues systématiques de la littérature : Hayes *et al.* en 2006, Ost en 2008, Powers *et al.* en 2009 ; et Smout *et al.* en 2012 (14-17).

Aucune étude incluse dans ces revues ne porte directement sur son utilisation en Médecine Générale, plus particulièrement chez l'adolescent et dans le contexte qui nous préoccupe (fatigue et décrochage scolaire). Ceci dit, ces revues ont permis de démontrer qu'ACT est une thérapie transdiagnostique, utilisable dans un large panel de pathologies qu'elles soient psychiatriques ou non, chez des patients aux pathologies intriquées, sans même qu'un diagnostic précis soit nécessaire. L'étude de Smout *et al.* en 2012 (17) qui est une référence aujourd'hui considère que les preuves sont suffisamment nombreuses et de qualité pour inclure ACT dans les guidelines du traitement des TOC, de la douleur chronique, des troubles anxieux. Pour d'autres pathologies (dépression, troubles alimentaires, ...) les preuves ne sont pas encore suffisantes pour inclure ACT dans les guidelines malgré l'obtention d'améliorations significatives. L'auteur en conclut que son utilisation est justifiée sous certaines conditions (contexte, expérience du médecin, ...) dans des indications non encore validées par des essais cliniques et en particulier dans le cas présent.

Dans le cas d'Édouard, l'intervention poursuit deux objectifs (18):

### 1/ Exposition expérientielle

Contrer l'évitement émotionnel permettrait à Édouard :

- 1) l'apprentissage que la situation et/ou les sentiments ne sont pas dangereux, que ses émotions sont transitoires et se résolvent le plus souvent naturellement, et enfin d'autres façons d'être plutôt que de réagir comme d'habitude dans les situations émotionnelles (fuite devant son écran) ;
- 2) l'accès à ce que l'émotion lui révèle à propos de lui-même (ce qui a du sens) ;
- 3) l'amélioration de la tolérance aux états aversifs diminuant la réactivité et l'impulsivité.

### 2/ Désengagement cognitif

Édouard doit apprendre à observer ses pensées qui ne sont plus considérées comme des faits mais des productions de l'esprit. Il se désengagerait ainsi de la pensée abstraite, analytique non constructive et d'un mode de pensée abstrait sur les causes et les conséquences de son état ou de son humeur, centré sur des événements futurs et passés plutôt que sur le moment présent.

« Je me concentre sur la question de savoir pourquoi les choses se sont passées de cette manière-là » Pour développer la compétence de s'engager dans la pensée

concrète, expérientielle, constructive, dans un mode de pensée centré sur le ressenti et l'expérience présente de la situation en cours.

« Je me concentre sur le fait d'explorer et de jouer avec les idées, curieux(se) d'où elles peuvent me mener »

## LA THÉRAPIE DE L'ACCEPTATION ET DE L'ENGAGEMENT D'ÉDOUARD

ACT, la thérapie de l'Acceptation et de l'engagement fait partie des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) de la Troisième Vague (19), c'est à dire celles qui ont inclus la Pleine Conscience.

### *Les trois vagues des TCC*

Les TCC mettent le sujet en confrontation directe avec les situations et les émotions qui posent problème.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la première vague comportementaliste intervient comme son nom l'indique sur les comportements.

Dans les années 1960, apparaît la vague cognitiviste qui agit sur les cognitions (pensées, croyances...) avant de fusionner avec la précédente.

Enfin, les TCC de la troisième vague se sont développées en incluant le concept d'acceptation et des techniques de méditations : la Pleine Conscience.

### *Les formats de groupe*

Jon Kabat-Zinn a été le premier à utiliser la méditation en milieu hospitalier en la dépouillant de ses attributs religieux dans un programme d'entraînement intensif de 8 semaines avec des groupes de patients : le cycle Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) était né (20).

Dérivé du cycle MBSR, le cycle Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) a été élaboré ensuite par Segal et Teasdale qui l'ont développé spécifiquement pour prévenir la rechute dépressive (21).

### *Les formats individuels*

La thérapie comportementale dialectique (DBT) a été développée par Marsha M. Linehan pour des patients avec des troubles de la personnalité borderline. Elle associe des exercices issus des TCC, de relaxation, d'acceptation et de méditation (22).

La thérapie d'acceptation et de l'engagement (ACT, qui se prononce comme acte) a été initialement mise au point par Steven C. Hayes dans les années 1980 puis modifiée avec K.D. Strosahl et Kelly G. Wilson fin des années 1990 pour donner sa forme actuelle (14, 23). ACT enseigne des attitudes d'acceptation, d'ouverture bienveillante à l'expérience émotionnelle et cognitive, et de Pleine Conscience « fonctionnelles » qui sont incorporée dans le quotidien du patient. La méditation classique de Pleine Conscience n'est toutefois pas incompatible, elle a d'ailleurs été utilisée dans le cas présent.

S'appuyant sur le contextualisme fonctionnel, le comportement, avec ses conséquences dans le contexte, est passé dans le filtre de l'utilité par rapport aux valeurs du patient.

L'objectif de la thérapie n'est pas la suppression du symptôme, mais la flexibilité psychologique, soit de pouvoir adopter de nouveaux comportements, plus fonctionnels à long terme par rapport à ce qui est important pour le patient, même si cela implique d'accepter les expériences désagréables qui en découlent.

Elle comporte six axes qui peuvent être investis de façon flexible : l'hexaflexe. Dans ce processus thérapeutique, je me suis inspiré du livre de Russ Harris, médecin qui a rendu la méthode accessible à tous les thérapeutes intéressés par l'apprentissage de la méthode ACT (24).

**Les 6 axes** sont le moment présent ; l'acceptation ; la défusion ; l'engagement ; les valeurs ; Soi-comme-contexte.

Chacun de ces 6 axes peuvent être abordés en fonction de ce qui se passe à chaque moment de la consultation.

### 1° Le Moment présent

Le contact avec l'instant présent est au centre de la thérapie. Il s'agit d'incorporer la méditation de Pleine Conscience dans les actes quotidiens (méditation fonctionnelle). La Pleine Conscience est cette manière de porter toute son attention, de façon délibérée, moment après moment, dans un esprit d'ouverture et de curiosité, sans porter de jugement soit avec bienveillance, à tout ce qui survient dans le champ de l'expérience. Bien que l'entraînement par des exercices classiques de Pleine Conscience (pause prolongées type méditation assise) ne fasse pas classiquement partie d'ACT, ils ont été proposés dans ce cas-ci.

Édouard avait déjà été initié à des exercices de méditation avec ses parents. Il en avait eu le goût sans toutefois avoir de pratique régulière. Dans ce contexte de crise, il était demandeur de l'implémenter dans son quotidien. La flexibilité du modèle m'a permis de lui proposer des exercices formels de méditation assise centrée sur la respiration, combinés à des espaces de respiration plus courts rythmant ses journées.

### 2° Acceptation

Une fois relancée cette pratique régulière de Pleine Conscience, nous avons abordé le chapitre de l'acceptation. L'exposition expérientielle aux émotions inconfortables était un des buts de l'intervention. Il s'agit ici d'entraîner la compétence, la capacité de s'approcher de son expérience inconfortable, qu'elle soit émotionnelle et/ou physique plutôt que de l'éviter. Au début, la démarche semble contre-intuitive. Ici, Édouard s'est entraîné à appliquer l'attitude de curiosité bienveillante à tout ce qui survenait, y compris les émotions d'angoisse, de culpabilité, de découragement qu'il revivait pendant la consultation. Ces émotions étaient accompagnées de sensations physiques, qu'il observait avec leurs modifications d'intensité et

de localisation dans le corps. Je l'ai invité à surnommer l'une ou l'autre de ces émotions dont il était le siège. De sorte qu'il pouvait identifier l'apparition du « nœud » de l'angoisse dans sa gorge, l'« étou » de la culpabilité dans la poitrine,... et progressivement les apprivoiser.

### 3° Défusion

La phase de défusion ou de désengagement cognitif était également un des buts de cette intervention. Le patient est invité au travers d'exercices de Pleine Conscience à aller observer ses propres pensées comme un spectateur qui voit sur l'écran défiler les objets de son esprit. Le simple fait de considérer que les pensées ne sont que des pensées et pas « soi » ou la réalité est extrêmement libérateur. Édouard fut invité à écrire certaines pensées récurrentes qu'il pouvait observer pendant les exercices de méditation : J'observe que j'ai la pensée que : « ... ». De façon à pouvoir prendre de la distance par rapport aux pensées les moins fonctionnelles. Aussi de nommer certains groupes de pensées ou histoires récurrentes, qui comme des trains l'embarquaient à son insu loin de l'ici maintenant (Ex : le procrastinateur).

### 4° Le soi-comme-contexte

Le soi-comme-contexte s'oppose au « soi conceptualisé ». Le patient qui s'entraîne au fur et à mesure à s'ancrer dans le présent au moyen de sa respiration, à apprivoiser ses émotions et à observer ses pensées, change de perspective. C'est une manière de re-percevoir sa propre histoire. Le soi conceptualisé est l'histoire à laquelle on s'identifie et qui parfois nous submerge. Édouard apprend à prendre du recul et à être le témoin de ce qui lui arrive, ce qu'il pense, y compris de lui, de ce qu'il ressent, de ses émotions qui vont et viennent. Cet entraînement de la conscience lui fait faire un saut dans le sens où ce qui était auparavant le sujet devient maintenant un objet à contempler.

### 5° Les valeurs

Le travail sur l'acceptation des émotions peut se poursuivre par ce que les émotions disent de nous. Dans la thérapie ACT, on fait relier au patient l'émotion à la valeur qui est en jeu pour lui, à ce qui a du sens. Le travail d'acceptation se prolonge par la normalisation de l'émotion qui est juste le témoin de la valeur qui est touchée dans la situation qu'il vit.

La valeur est ce qui importe pour moi dans le présent, elle se différencie d'un objectif à atteindre dans le futur. Elle est strictement personnelle, et ne doit en aucun cas être justifiée par le patient. Édouard fit ce travail et mit à jour les 7 valeurs suivantes : Efficience, Connaissance, Organisation, Ordre, Autonomie, Paix, Sérénité.

Les valeurs lui furent aussi utiles pour compléter sa capacité de défusion. Les pensées qu'il pouvait observer pouvait aussi être passée par la suite dans le filtre de ses valeurs. Ainsi, on ne débat plus pour trancher si telle pensée est vraie ou fausse, bonne ou mauvaise, mais si

elle est fonctionnelle, si elle nous aide dans le contexte au regard des valeurs en jeu.

### 6° L'engagement

Au final, tout ce travail proposé dans ACT, se veut concret pour déboucher sur une vie qui est riche de sens pour le patient. Par des comportements nouveaux qu'il peut expérimenter, nouvellement outillé dans les situations où il va les implémenter.

L'acceptation et la défusion l'amène à ne plus réagir comme d'habitude mais à observer l'émotion, les pensées, l'éventuelle tendance à l'action (y compris la fuite, l'évitement) et dans le contexte, en fonction des valeurs qui sont les siennes, de s'engager dans un comportement qui a du sens.

Au travers d'exercices de mise en situation, Édouard a pu mettre en place de nouveaux comportements, tels que fractionner des tâches de remise en ordre ou de devoirs scolaires, en s'offrant à chaque étape une « récompense » fonctionnelle elle-aussi dans son système de valeurs.

Les tâches étaient planifiées à l'avance en anticipant les possibles pensées et émotions qui surviendraient avec un *feed-back* donné le moment venu par SMS pour l'aider à être dans l'observation en rapportant ce dont il avait pu être le témoin, curieux et bienveillant.

## TESTS ET ÉVALUATIONS A POSTERIORI

Un an après l'intervention, Édouard a été soumis à une série de tests.

Au terme de la thérapie, qui a nécessité au total une huitaine de consultations, les résultats ont suivis. Il a réussi sa dernière année scolaire, s'est inscrit dans la foulée à l'Université pour y suivre des études d'Ingénieur, année académique qu'il a brillamment réussie avec un grade très élevé. Sa vie affective s'est aussi épanouie, il est actuellement en couple et cette relation le rend très heureux.

## LIMITES DE L'UTILISATION DES IBPC EN MÉDECINE GÉNÉRALE (MG)

### EPIDÉMIOLOGIE

Le médecin généraliste n'a pas pour vocation première d'effectuer un travail psycho-thérapeutique avec son patient. Dans une pratique de MG, les consultations pour des troubles psychologiques sont cependant fréquentes. Selon l'OMS (25), 25% des patients qui consultent dans les centres de santé primaire souffrent d'un trouble psychiatrique *majeur*.

Or les médecins ne sont pas outillés au terme de leur formation pour traiter ou prévenir l'ensemble de ces troubles autrement que par la prescription de médicaments ou par le fait de référer son patient à un

psychologue ou un psychiatre, quand ses compétences sont dépassées, ce que nous détaillerons ci-dessous.

Les médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, ...) sont trop souvent prescrits. Des études (26) montrent que les antidépresseurs et anxiolytiques prescrits par un généraliste le sont presque une fois sur deux chez des patients qui ne souffrent pas ou plus de troubles psychiatriques majeurs.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) prônent aux médecins généralistes de s'abstenir de prescrire des médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, ...). La prescription relève d'un avis spécialisé avec recours à la psychothérapie en première intention (27).

Des interventions basées sur la Pleine Conscience en MG pourraient prendre place dans un cadre dont nous allons tenter de définir les limites ci-dessous.

## PRÉSENTATION

Le médecin ne sera amené à proposer ce type d'approche :

- 1) **Qu'au terme d'une mise-au-point classique, à savoir** : quand un lien thérapeutique de confiance et de respect est noué ; quand une anamnèse fouillée incluant le contexte psycho-bio-social a été recueillie ; quand un examen clinique a été accompli, et des examens para-cliniques (analyses sanguines, ...) effectués si nécessaires.

Enfin, si la cause du trouble est liée à des processus causant la dysfonction dans le contexte, une approche type IBPC peut alors être proposée.

Il ne s'agit pas de mettre la charrue avant les bœufs. D'abord une mise au point traditionnelle et un travail généraliste avant toute autre chose.

- 2) **Qu'en se présentant dès le départ comme médecin intégrant de tels outils.**

L'idée serait ici de ne pas sortir un lapin du chapeau sans avoir prévu qu'on était aussi magicien. On est et reste un généraliste, ce qui n'exclut pas d'utiliser un autre outil dans certains contextes bien définis, outil moins « classique » mais validé par des études rigoureuses, ce qui n'entache pas la « blancheur du tablier ».

- 3) **Uniquement si la relation thérapeutique établie est de qualité** : la confiance et le non jugement doivent régner.

## TYPE D'INTERVENTION

Si le patient accepte la proposition d'une IBPC, rappelons que deux outils classiques sont disponibles dans une approche thérapeutique individuelle: ACT et DBT, ou une intervention originale et individualisée qui s'en inspire.

Dans le cas d'Édouard, c'est le protocole individuel « ACT » qui a été utilisé avec flexibilité, tel que nous l'avons détaillé

dans le cas clinique. DBT, plus spécifiquement élaboré pour les patients souffrants de troubles borderline ne me semble pas indiqué en MG.

## SPÉCIFICITÉ

Les IBPC encouragent délibérément le patient à ne pas tendre vers un but, ni à rechercher un état (par exemple ici de détente ou de relaxation) et/ou un changement particulier (par exemple de n'être plus stressé ou moins fatigué), il est simplement entraîné à diriger du mieux qu'il peut toute son attention sur l'expérience qu'il a dans le moment présent. Il n'y a pas d'objectif thérapeutique défini. En particulier et contrairement aux interventions classiques médicamenteuses en médecine générale ou en psychiatrie, les IBPC n'ont pas pour but de changer le contenu des pensées -ou des émotions- du patient, mais la relation qu'il entretient par rapport à celles-ci. Le patient est invité à observer ses propres pensées, comme des événements de l'esprit : « nos pensées ne sont pas des faits ».

Là où le médicament essaye de modifier ce contenu (*antidépresseurs, anxiolytiques*). Ce qui constitue un énorme changement de paradigme dans le monde médical...

Soulignons aussi le fait qu'une pratique préalable de la pleine conscience, dans ce cas-ci du médecin est une condition nécessaire à la conduite d'une IBPC. Et que ceci débouche sur une relation thérapeutique beaucoup plus égalitaire. Le médecin n'est plus celui qui sait et prescrit un traitement dont le patient dépend et dépendra à l'avenir. Il est davantage dans la position de l'entraîneur qui effectue certains exercices avec son patient auquel il peut partager sa propre expérience. Le patient repart au terme de l'IBPC avec une boîte à outils qu'il peut désormais utiliser par lui-même dans un processus d'autonomisation.

Ce qui constitue une autre révolution dans le schéma caricatural du médecin qui détient à la fois le savoir et le pouvoir de prescrire impliquant la dépendance de son patient.

Les IBPC, dont ACT en particulier, développent :

- la compétence de se dégager du pilote automatique et de revenir dans le moment présent ;
- des capacités de « défusion » grâce auxquelles le patient re-perçoit ses propres pensées, jugements, commentaires ;
- des capacités d'« acceptation » de son expérience émotionnelle où il apprend à apprivoiser, accueillir les émotions qui le traversent, au lieu de les fuir, de les éviter.

L'objectif essentiel d'une IBPC n'est pas d'obtenir un changement du contenu émotionnel et cognitif, ou une meilleure compréhension de ce contenu. Les IBPC développent simplement une nouvelle manière d'être en relation avec les émotions et les pensées. Là où les médicaments ont pour objectif un changement du contenu.

## DISPOSITION DU PATIENT

Une fois que le type d'intervention est choisi et présenté au patient, dans le cadre d'une relation de qualité optimale, il faut bien sûr que le patient accepte ce type de prise en charge, alors qu'il est au départ venu consulter pour une plainte somatique un médecin généraliste. Différents freins pourraient l'amener à refuser la prise en charge : déni de l'implication du psychologique dans son trouble, manque de temps, de motivation ou de moyens financiers, recherche de solutions toutes faites (médicaments,...).

## ÉVALUATION PRÉALABLE

Pour lui permettre d'évaluer où un patient se situe au départ, et l'évolution suite à l'intervention, différentes échelles peuvent être utilisées. Dans le cas d'Édouard, le FFMQ (28), le mini-Certs (29), le CAMM (10) et le MAAS-A (12) ont été remplis et analysés 1 an après l'intervention. Idéalement, il aurait fallu employer ce type d'échelle avant et après l'intervention. Une telle évaluation peut être contraignante et être perçue comme un obstacle supplémentaire (temps consacré au choix du test, son remplissage et son analyse).

Le MAAS-A et le CAMM (*Child and adolescent Mindfulness Measure*) sont les seules échelles spécifiques pour l'adolescence et le MAAS-A n'existe dans la littérature qu'en version anglaise. Pour l'étude de ce cas, j'ai traduit le MAAS=A (voir annexe).

## CONTRE-INDICATIONS

Si le médecin décide de traiter de cette façon, il faut bien sûr exclure que le patient ne présente pas une des contre-indications des approches basées sur la Pleine Conscience. Dans les formats de groupe, les contre-indications sont les suivantes (30) :

- Abus de substances
- Dissociation
- Sévérité des troubles cognitifs
- Phobie intéroceptive
- Phases aiguës de différents troubles

Dans la thérapie ACT, les principales contre-indications d'après Smout, 2012) (31) :

- altération de la fonction cognitive et trouble de la mémoire
- troubles psychotiques aigus
- situations d'urgence nécessitant traitement médicamenteux et/ou une hospitalisation
- lésions cérébrales organiques

En individuel et dans le cadre d'une consultation de Médecine Générale, les IBPC devraient toutes se limiter à des patients stables, dont la pathologie n'est pas en phase aiguë.

## COMPÉTENCES REQUISES, LIMITES ET CADRE

Le médecin devra aussi s'assurer que le cas ne dépasse pas ses compétences. Dans le cadre de la médecine générale, il devrait à mon sens se limiter aux cas relevant de la prévention secondaire qui agit dès le début de l'apparition du trouble pour arrêter son évolution chez un patient à risque.

Une fois que la pathologie est déclarée, que le patient est en phase aiguë ou chronique, le patient doit avoir un suivi spécialisé.

Dans le cas d'Édouard, c'est bien de cela qu'il s'agit. Il n'y a pas de pathologie installée (dépression, burn-out, attaques de paniques, ...) mais une série de facteurs de risques qui pourrait l'y amener. Une IBPC type ACT est choisie dans le cas présent avec des résultats probants là où un usage inapproprié de médicaments (somnifères, anxiolytiques, ...) aurait pu provoquer effets secondaires et/ou accoutumance.

Là où la continuité des soins est à privilégier quand la relation thérapeutique est bien établie, il est aussi important pour le médecin de pouvoir orienter et référer son patient à temps quand une prise en charge spécialisée s'impose.

## AVANTAGES DE L'UTILISATION DES IBPC EN MÉDECINE GÉNÉRALE

### COMPLIANCE

Par rapport au médicament, il n'y a pas de risque de surdosage ou d'apparition de résistances, d'une accoutumance, d'automédication ou d'escalade thérapeutique. Bien sûr, une non-observance des exercices que le patient est invité à faire à domicile, entre chaque rendez-vous, peut se produire. En soi, cette non-observance est souvent une forme d'évitement et donc un objet intéressant à observer en consultation.

### EFFETS SECONDAIRES

Ils sont nuls, il n'y a pas non plus d'interactions dangereuses avec d'autres thérapies. Le problème réside dans l'effet de mode des IBPC que certains seraient tentés d'utiliser à toutes les sauces là où une autre intervention est plus indiquée.

### AUTONOMISATION

Le patient apprend à utiliser une série d'outils qui pourront lui servir dans d'autres contextes qui lui posent problème. Dans le cycle MBSR et MBCT, la dernière séance est celle qui dure toute la vie, la personne repart « à la fin du commencement ». C'est aussi l'esprit des autres IBPC.

## RÉCIDIVES

Certaines études ont montré que pour la rechute dépressive, les récurrences sont moins fréquentes que lorsqu'on a recours aux médicaments (32).

## EFFICIENCE

Ce type d'intervention quand elle est bien ciblée, donne des résultats encourageants, même si la littérature est quasi nulle pour l'utilisation des MBI en Médecine Générale et très peu développée en ce qui concerne l'adolescence.

Cette efficacité pour les cas nombreux où le généraliste rencontre des problèmes de type psychologiques, sans que la personne n'entre spécifiquement dans un cadre nosographique défini, lui donne une corde de plus à son arc là où il se trouvait démuné. Quand il n'y a pas d'indication médicamenteuse et pas de nécessité de référer à un spécialiste qui risquerait de stigmatiser le problème, il y a assurément une place pour les IBPC.

## FLEXIBILITÉ

Les IBPC et ACT en particulier offrent des protocoles validés empiriquement avec des résultats reproductibles dans de nombreuses indications, comme l'ont démontré les 4 grandes revues de la littérature (cf. supra). Toutefois, leur flexibilité est grande aussi bien dans les formats utilisés en groupe qu'en individuel. Le matériel que le groupe ou le patient amène est toujours différent. Le médecin peut alors qu'il incarne cette présence curieuse et bienveillante utiliser ce qui se présente quand cela se présente en tenant à l'œil les objectifs de son intervention et les compétences que son patient a déjà acquises. Et inviter son patient à re-percevoir ce contenu émotionnel ou cognitif en ce sens quand il survient.

## PROSPECTIVES

La quantité de littérature publiée au sujet des IBPC suit une trajectoire exponentielle (33). De plus en plus de recherches sont effectuées pour valider leur pertinence dans de nouvelles indications. A l'heure actuelle, les publications relatives à leur utilisation chez l'adolescent sont peu nombreuses, et elles sont encore plus rares dans leurs implications en médecine générale. Les études existantes sont cependant prometteuses. Et devraient encourager d'autres recherches cliniques pour les adapter au contexte de la MG dans un processus de validation pour de nouvelles indications.

Si du côté du patient, les études sont prometteuses, les IBPC et ce qu'elles impliquent ont aussi des conséquences positives pour la santé du soignant. Pour ne prendre qu'un exemple, la prévalence du burn-out chez les médecins est importante et la Pleine Conscience est une méthode qui a fait ses preuves dans cette indication (34). Les effets bénéfiques des IBPC sont donc bilatéraux, comme développé dans ce qui suit.

## IMPLICATION PERSONNELLE

Le choix de ce thème, la place des IBPC en Médecine Générale me tient à cœur pour de multiples raisons...

Quand j'ai commencé mes études de Médecine, parmi les cours de première année, celui de Philosophie donné par le Professeur Jean-François Malherbe nous enseignait la nécessité en tant que médecin de restaurer l'autonomie d'autrui (35). Or, on nous a enseigné durant toutes ces années des techniques essentiellement médicamenteuses et chirurgicales pour soigner nos patients. Bien qu'éminemment utiles et largement appréciées aux quatre coins du monde, elles rendent le patient dépendant de qui prescrit, fabrique et délivre le médicament et/ou de qui a appris à se servir d'un bistouri.

A l'issue d'une IBPC, le patient a reçu un arsenal d'outils qu'il pourra utiliser par lui-même dans le contexte où il se trouve. En ce qui concerne ACT en particulier, le modèle a déjà été étudié et donné des résultats en auto-thérapie (36).

Le deuxième appel dans mon histoire personnelle se situe à la fin des études de Médecine, où je fus attiré par une spécialisation en Psychiatrie, convaincu des liens entre le corps et l'esprit. Deux des grandes universités francophones du pays offrant cette formation proposait l'une, une orientation essentiellement psychanalytique, l'autre, une orientation très médicamenteuse. Ni l'une ni l'autre ne me parlait, sans jugement par rapport à leur qualité ou efficacité. Je suis resté de nombreuses années dans un no man's land, me contentant de travailler la qualité de mon écoute dans une relation de soutien.

En 2010, lorsque j'ai eu l'occasion de participer moi-même à un cycle MBSR, j'ai eu l'intuition que c'était la voie que j'avais recherchée depuis 20 ans. J'en ressortis avec un outil de développement personnel et avec la frustration de ne pas pouvoir l'utiliser et le transmettre à mon tour, dans mon rôle de médecin généraliste. La suite allait me donner l'occasion de progresser sur ce chemin. Lors d'une conférence sur les Thérapies de la Troisième Vague, j'ai découvert le modèle ACT que j'ai commencé à étudier et utiliser dans ma pratique.

Cette formation qui continue, me donne l'occasion de pratiquer cette méthode avec des groupes de patients, en consultation individuelle, mais aussi avec moi-même. Le soignant est confronté à de multiples situations émotionnellement pénibles. Qu'il tentera peut-être d'éviter « en blindant l'épaisseur de son tablier ». Ou de fuir dans l'automédication, l'alcool, etc... Il est aussi sujet aux a priori, croyances, jugements qui peuvent « polluer » le lien thérapeutique. Son emploi du temps souvent chargé le fait agir en pilote automatique, il est trop souvent happé par ses pensées qui l'emmènent dans le passé, le futur, lui volant la capacité de vivre le moment présent. Il est fort touché par des pathologies comme le burn-out, la dépression, l'anxiété, l'insomnie, etc.

Le fait de pouvoir mieux connaître ses émotions, de les apprivoiser comme nous l'apprennent les IBPC, me permet de rester en lien avec mes valeurs lorsque je suis confronté

à la tristesse ou l'injustice d'une situation, l'impuissance de pouvoir y remédier, l'angoisse de se tromper, de ne pas être à la hauteur (syndrome de l'imposteur) ...

Le fait de dé-fusionner, de re-percevoir les pensées comme des objets de l'esprit, me permet d'améliorer mon écoute, de mieux connaître mes filtres : jugements, commentaires, esprit qui s'échappe dans l'agenda, etc.... et de ramener mon attention dans l'écoute du patient.

## L'ÉCOUTE, SORTE DE « PLEINE CONSCIENCE À DEUX »

Edel Maex, qui est psychiatre à l'hôpital ZNA Sint-Elisabeth à Anvers, l'explique admirablement bien dans son ouvrage intitulé: « *Mindfulness: apprivoiser le stress par la pleine conscience* (37).

### Pousser sur le bouton PAUSE

Lorsque je décide d'écouter quelqu'un, en particulier un malade, il s'agit premièrement de faire une pause. Si mon esprit est occupé par le nombre de tâches qu'il me reste à accomplir, il m'est difficile d'être à l'écoute. S'arrêter est un choix que je peux poser délibérément. Il y a encore mille choses à faire et cependant, je décide de passer du mode « faire » au mode « être » ici à l'écoute de ce malade. Ce processus ne doit pas être isolé dans ma journée de soignant, mais à recommencer à tous moments. Je m'arrête pour écouter, je pose une série d'actes, je m'arrête pour écouter, et ainsi de suite. Ces pauses sont très précieuses dans le décours de journées agitées qui débordent d'activités.

### Observer

Une fois que j'ai poussé sur PAUSE, je porte toute notre attention sur l'autre, ici et maintenant. Je m'ouvre instants après instants à ce que ce malade me dit, à son langage corporel avec ouverture, curiosité et bienveillance. Je n'attends rien. Je ne juge pas. Je ne me perds pas dans mes interprétations, commentaires, analyses, ou dans ma tendance à réagir, ce que je vais répondre ou faire.

J'élargis aussi le champ de mon attention à mes propres émotions, pensées et tendance à l'action. Communiquer, c'est voir la réalité depuis deux points de vue et comment chacun la vit. Si je me perds dans le discours du malade, je ne suis plus présent. Si je me perds dans mes propres pensées, je ne suis plus présent à l'autre.

Au cours de la rencontre entre un soignant et un soigné, d'une anamnèse, toutes sortes d'émotions peuvent apparaître, de la joie, de la tristesse, de la culpabilité, de l'impuissance, des zones d'ombres, de lumière, ... Et toutes ces émotions sont les bienvenues dans cet espace d'ouverture que je crée pour les accueillir.

C'est dans cette qualité d'écoute que l'échange devient thérapeutique.

### Agir et non pas réagir.

Après avoir fait pause et choisi de porter toute mon attention dans l'échange, et ce compris à mes propres tendances à l'action, je peux créer un espace qui me rend plus libre et responsable. Je suis plus apte à répondre à la situation de façon adéquate et adaptée, plutôt que d'y réagir en pilote automatique.

### Comment développer cette qualité d'écoute?

La pleine conscience est cet entraînement de l'attention ouverte et non jugeante. Comme dans tout entraînement, il est nécessaire de s'exercer encore et encore, pour muscler cette qualité d'être à l'écoute de soi et de l'autre. Car il n'y a pas d'intimité à autrui sans intimité à soi. Connais-toi toi-même, nous dit Socrate et tu connaîtras Dieu et tout l'Univers. Ce qui me fait penser que la route n'est pas finie et que j'ai encore beaucoup à apprendre.

## VALEURS ET ENGAGEMENT

Mon cycle MBSR et le modèle ACT m'ont aussi fait travailler sur ces deux points. Parmi les valeurs que j'ai « déterrées », la reliance et ses trois piliers : soit le spirituellement épanouissant, le socialement équitable et l'écologiquement durable.

Les IBPC dont ACT, me paraissent pouvoir satisfaire à ces trois critères. Aucun matériel sophistiqué nécessaire (type chirurgical), aucune production industrielle (type pharmaceutique), certains outils gratuitement disponibles sur le net, des résultats probants sur l'épanouissement des personnes...

Une autre valeur que j'ai mise à jour sur ce chemin est la transmission. En tête-à-tête, cela ne me posait pas de gros problèmes. Dès qu'il s'agissait de transmettre à une audience plus large, l'angoisse de ne pas être à la hauteur me paralysait ou me faisait éviter soigneusement toutes les occasions de parler en public. Je suis content de mieux accueillir cette angoisse aujourd'hui et de m'être lancé dans l'animation de cycles et de formations en Pleine Conscience. Pouvoir transmettre cet outil est nourrissant et plein de sens pour moi. Si l'art de guérir est une qualité (jamais acquise), l'art de prévenir est tout aussi important surtout en MG. Et pouvoir avec les IBPC et ACT en particulier, favoriser l'adoption de nouveaux comportements plus fonctionnels à long terme par rapport à des valeurs telles que la santé (exemple de la fatigue de notre adolescent) ou l'accomplissement (son décrochage scolaire) ravive la flamme du soignant qui m'anime.

1. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran, R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *JCBPR*. 2009 ; 23 (1), 6-19.
2. Achenbach T, McConaughy S, Ivanova M, Rescorla L. Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor. Research Center for Children, Youth, & Families; University of Vermont 2001.
3. Larson K, Russ S, Kahn R, Halfon N. Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *Pediatr*. 2011; 127(3): 462-470.
4. Weisz J, McCarty C, Valeri S. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychol Bull*. 2006; 132(1) : 132-149.
5. Kinderman, P. A psychological model of mental disorder. *Harvard Rev Psychiat*. 2005 ; 13 (4), 206-217.
6. Nef F, Philippot P, Verhofstadt L. L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. 2012 ; 17, 4-23.
7. Wilber K. *A brief history of everything*. Boston, Massachusetts : Shambhala Publications, Inc. 2001.
8. Dacher, E. *Integral health*. Laguna Beach : Basic Health Publications, Inc. 2006.
9. Polk K, Schoendorff B. *The ACT Matrix, A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Oakland : New Harbinger Publications, Inc. 2014.
10. Greco L, Baer R, Smith G. Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychol Assess*. 2011 ; 23 (3), 606-614.
11. Monestès J, Villatte M, Mouras H, Loas G, Bond Traduction et Validation Française Du Questionnaire d'Acceptation et d'Action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/ European Review of Applied Psychology*. 2009 ; 59 (2009), 301-308.
12. Brown K, West A, Loverich T, Biegel G. Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychol Assess*. 2011; 23, 1023-1033.
13. Campbell-Sills L, Barlow D, Brown T, Hofmann S. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther*. 2006;44 (9), 1251-1263.
14. Hayes S, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis, J. Acceptance and commitment therapy : model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1), 1- 25.
15. Ost L. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008; 46(3), 296-321.
16. Powers M, Zum Vorde Sive Vording M, Emmelkamp P. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2), 73-80.
17. Smout M, Hayes L, Atkins P, Klausen J, Duguid J. The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clin Psychol*. 2010; 16(3), 97- 109.
18. Heeren A, Philippot P. *Les interventions basées sur la pleine conscience*. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. 2009 ; 14, 13-23.
19. Kotsou I, Heeren A. *Pleine Conscience et Acceptation, les thérapies de la troisième vague*. Bruxelles : De Boeck, 2011.
20. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York : Delta Trade Paperbacks, 2005.
21. Segal Z, Williams J, Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press, 2002.
22. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press, 1993.
23. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press, 1999.
24. Harris R. *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland : New Harbinger Publications, Inc, 2009.
25. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health : New understanding, new hope*. Geneva : WHO Library, 2001.
26. Norton, J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J, Ritchie K, Mann A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*. 2009; 35(6):560-9.
27. Camus V. Prescription des antidépresseurs en médecine générale: recommandations HAS. Retrieved May 19, 2014, from : <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/JS2008/001-BREEZE2008/04-jeudi/18-V-Camus/>
28. Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P. Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Eur Rev Appl Psychol*. 2011; 61 : 147-151.
29. Douilliez C, Philippot P, Heeren A, Watkins E, Barnard P. The Mini-CERTS (Cambridge-Exeter Repetitive Thought Scale): A Short Questionnaire to Assess Constructive and Unconstructive Repetitive Thinking. Retrieved May 19, 2014, from : [http://www.uclep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Douilliez\\_CJBS\\_2012.pdf](http://www.uclep.be/wp-content/uploads/pdf/Pub/Douilliez_CJBS_2012.pdf)
30. Dobkin P, Irving J, Ama S. For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated? Retrieved May 18, 2014, from: [http://www.mcgill.ca/wholepersoncare/files/wholepersoncare/PDobkin\\_2012.pdf](http://www.mcgill.ca/wholepersoncare/files/wholepersoncare/PDobkin_2012.pdf)
31. Smout M. Acceptance and commitment therapy. *Austr Fam Phys*. 2012; 41(9), 672.
32. Kuyken W, Byford S, Taylor R, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(6):966-78.
33. Herbert J, Evan, M. *Mindfulness and Acceptance Techniques*. Hoboken : NJ: Wiley, 2012.
34. Goodman M, Schorling J. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiat Med*. 2012; 43(2) : 119-28.
35. Malherbe J. *Pour une éthique de la médecine*. Paris : Larousse, 1987.
36. Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help ? A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clin Psychol Rev*. 2014 ; 34(2), 118-129.
37. Maex E. *Mindfulness: apprivoiser le stress par la pleine conscience : un programme d'entraînement en 8 semaines*. Bruxelles : De Boeck, 2011.

CORRESPONDANCE

OLIVIER BERNARD

Médecin généraliste, UCLouvain (1994)  
drolivierbernard@gmail.com