



N° ???

12@

FMC AU QUOTIDIEN

www.quotimed.com

SOMMAIRE

Quelles sont les bases théoriques?

Page 2

Quel est le champ d'application des TCC?

Page

Quelles sont les caractéristiques de la démarche comportementale et cognitive?

Page

Comment poser une indication de TCC?

Page

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

Page

Mise au point

LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

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

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

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

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

Dr CHRISTINE MIRABEL-SARRON
PSYCHIATRE, SERVICE DU PR F. ROUILLON, CHS
SAINTE-ANNE, PARIS

QUELLES SONT LES BASES THÉORIQUES ?

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

Les théories de l'apprentissage mettent en avant le conditionnement du comportement par l'environnement :

- le conditionnement classique (ou pavlovien), selon le schéma stimulus-réponse ;
- le conditionnement opérant (ou skinnérien), selon lequel l'apprentissage est renforcé par les conséquences de l'action ;
- et le conditionnement social.

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

Les théories cognitives tendent à expliquer les processus mentaux les plus élaborés (perception, attention, mémoire) avec en particulier :

- le modèle du traitement de l'information ;
- et les schémas cognitifs.

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

Les thérapies de déconditionnement

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

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

Par exemple, Jeanne, 36 ans, consulte pour une phobie des transports en commun ayant débuté brutalement, trois mois auparavant, au printemps. Sa phobie l'empêche durant tout l'été d'emprunter les divers types de transport (RER, métro, autobus, train...) et la contraint

A RETENIR

DÉCONDITIONNEMENT

Les thérapies de déconditionnement visent à supprimer l'association faite entre une peur et un contexte particulier.

à se rendre sur son lieu de travail à pied, soit environ 90 minutes de marche matin et soir. En reprenant l'histoire de la maladie, Jeanne nous décrit un événement apparemment anodin. Elle est sur le quai du métro, a très mal à la tête et sent tout tourner autour d'elle. Quand la rame du métro arrive, elle a soudainement très peur d'avoir un malaise. Une fois dans le wagon, les symptômes d'inconfort s'accroissent. Elle descend à la station suivante tant son état l'inquiète et appelle son mari pour qu'il vienne la chercher.

Depuis cet épisode, Jeanne ne peut plus reprendre le métro. La généralisation de la réaction conditionnelle s'effectue en trois semaines. Par ressemblance et contiguïté des stimuli, la jeune femme n'utilise plus aucun transport en commun. Et même l'explication rationnelle des symptômes physiques par le diagnostic d'infection virale posé par le médecin traitant ne suffit pas à mettre un terme à la phobie de Jeanne.

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

A RETENIR

STRATÉGIES D'EXPOSITION

Le patient est confronté en séance à la situation phobogène et « désapprend » la peur en pratiquant de la relaxation.

Les stratégies d'exposition

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

Le conditionnement opérant

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

De la même façon, l'individu adapte son comportement en fonction de ses conséquences, lesquelles sont appelées « renforcements par l'auteur ». Le sujet aura tendance à répéter une action aux conséquences positives (renforcement positif) et à éviter une action aux conséquences négatives (renforcement négatif ou conditionnement d'échappement). Ce processus infiltre notre vie quotidienne et notre communication avec autrui. Dans la vie courante, ce mécanisme est très utilisé dans toutes les techniques pédagogiques, par exemple dans le contrôle du poids. Si le poids indiqué sur la balance nous semble excessif, nous diminuons notre ration alimentaire jusqu'à ce qu'il diminue.

Jean, 40 ans, ne peut pas prendre la parole en réunion professionnelle tant il se sent mal, tremble et sent son cœur battre très vite... Par anxiété d'anticipation, il apprend à éviter nombre de situations sociales, pour lesquelles il trouve quantité de subterfuges. Il se fait remplacer en mettant en valeur ses jeunes collaborateurs, ne fait que des propositions de groupe et jamais de personnelles, etc. Son comportement d'évitement des situations sociales est renforcé positivement par la diminution de la réponse anxieuse. Jusqu'au jour où, son avancement hiérarchique ne lui permettant plus de feinter, il vient demander de l'aide.

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

Les manœuvres d'évitement engendrent un soulagement, qui lui-même renforce le recours au comportement d'évitement en cas de situation phobogène. Les interventions thérapeutiques consistent à diminuer l'évitement en uti-

A RETENIR

RENFORCEMENT POSITIF ET NÉGATIF
On a tendance à répéter une action aux conséquences positives (renforcement positif) et à éviter une action aux conséquences négatives (renforcement négatif ou conditionnement d'échappement).

A RETENIR

MODELING
Les parents sont souvent le premier modèle, suivis des pairs, des amis... Ce « modeling » est utilisé en thérapie par l'intermédiaire du jeu de rôle, de vision de films ou de l'imagination.

lisant, par exemple, des activités plaisantes dans les situations anxiogènes.

L'imitation d'un modèle

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

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

Revenons au comportement alimentaire. Nous l'avons appris par imitation de nos proches. Au cours du repas, nous avons observé comment les convives se tenaient à table, nous avons écouté leurs conversations, nous avons analysé les émotions exprimées sur leur visage. Le modèle que nous imitons nous fournit toutes sortes d'informations verbales et non verbales.

**UN DÉFAUT
D'APPRENTISSAGE
SOCIAL PEUT ÊTRE À
L'ORIGINE DE PHOBIES
SOCIALES.**

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

L'analyse fonctionnelle de la phobie sociale de Jean a mis en évidence non seulement des mécanismes de conditionnement classique et opérant mais aussi un défaut d'apprentissage social. Elevé dans un milieu familial très protecteur, il n'a pas eu de modèle dans l'établissement de relations sociales, les contacts familiaux étant quasi absents.

Le traitement de l'information

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

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

La mise à jour des schémas cognitifs

La démarche thérapeutique cognitive a pour objectif de mettre à distance les verbalisations anxieuses ou dépres-

A RETENIR

SCHÉMAS COGNITIFS

Les schémas cognitifs sont des modes de pensée acquis. Appris dans l'enfance, ils guident nos attitudes et nos relations aux autres tout au long de la vie.

sives qui influencent le comportement de l'individu, puis de mettre à jour avec le patient les schémas cognitifs à l'origine de la vulnérabilité émotionnelle.

Les schémas cognitifs sont des modes de pensée acquis. Appris dans l'enfance, ils guident nos attitudes et nos relations aux autres tout au long de notre vie. On distingue les **schémas de procédure** (par exemple, aller au restaurant, ce qui comprend toutes les étapes comportementales qui nous amènent à gérer automatiquement cette situation) et les **schémas émotionnels acquis** dans les interactions précoces. Certains d'entre eux sont inadaptés à la vie adulte. La thérapie conduit le patient à identifier ses schémas personnels de vulnérabilité afin de pouvoir mieux les gérer par la suite.

L'analyse fonctionnelle de la souffrance sociale de Jean soulève trois hypothèses cognitives : « *Je dois être au niveau* », « *Je ne suis pas comme les autres* » et « *Si je ne fais pas les choses bien, je risque d'être rejeté* ». La thérapie aidera Jean à formuler, à préciser, voire à reformuler ces trois hypothèses cognitives au fil des séances.

L'exemple de Jean illustre bien que l'acquisition de son trouble anxieux phobique provient de différents mécanismes d'apprentissage qui, conjugués, ont maintenu les troubles jusqu'à aujourd'hui. Le choix de la TCC proposée doit tenir compte de toutes les composantes présentes.

QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉMARCHE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE ?

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

- l'attention portée à la souffrance présente et actuelle de l'individu et aux **conditions environnementales** ;
- une **relation thérapeute-patient** collaborative et très interactive dans laquelle chacun échange ses points de vue afin de résoudre au mieux les difficultés du sujet. Le thérapeute empathique, ouvert et participatif construit avec le patient une alliance thérapeutique forte facilitant l'acquisition d'outils psychologiques utiles à la gestion émotionnelle ;
- l'évaluation clinique et psychologique : elle est effectuée avant le démarrage de la thérapie, puis renouvelée en fin de contrat thérapeutique. Elle permet de

LE CARNET DE THÉRAPIE

La notion de « carnet de thérapie » est un support papier ou électronique utilisé par le patient pour prendre des notes libres pendant les séances s'il le souhaite, et pour effectuer, entre chaque entretien, les tâches demandées. Il peut être rédigé en langue étrangère, en style sténographique, ou enregistré vocalement... Le carnet est strictement privé ; c'est la propriété du patient.

- mesurer les améliorations obtenues ;
- des modalités de traitement, clairement définies dans un **contrat thérapeutique**. La thérapie ne s'ar-

rête pas aux séances avec le thérapeute. Un travail quotidien est demandé au patient. Il s'agit de « tâches à domicile », qui sont définies pendant l'entretien, di-

rectement en rapport avec la thématique débattue et avec l'outil psychologique que le patient a besoin d'acquérir.

COMMENT POSER UNE INDICATION DE TCC ?

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

L'analyse fonctionnelle

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

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

L'analyse fonctionnelle est une étape essentielle dans la démarche thérapeutique. C'est seulement à partir de l'hypothèse fonctionnelle que le thérapeute décidera de proposer ou non une TCC. Dans l'affirmative, il choisira, parmi l'ensemble des méthodes thérapeutiques possibles, celles qui semblent le mieux convenir au patient. Au total, il s'agit d'une thérapie structurée, centrée sur des objectifs comportementaux qu'on peut évaluer dès le court terme.

Quelles sont les indications ?

Il y a une vingtaine d'années, la majeure partie des publications sur les TCC avaient trait aux troubles anxieux

A RETENIR

ANALYSE FONCTIONNELLE

L'analyse fonctionnelle est une étape essentielle. C'est seulement à son terme, une fois l'hypothèse formulée, que le thérapeute décide de proposer ou non une TCC.

INDICATIONS :

- Phobies sociales, agoraphobie, phobies spécifiques.
- Attaques de panique.
- Troubles obsessionnels compulsifs sans dépression importante.
- Anxiété généralisée.
- Sevrage des benzodiazépines et autres psychotropes.
- Stress posttraumatique.
- Dépression d'intensité moyenne.
- Problèmes sexuels et de relation de couple.
- Boulimie.
- Prévention de rechutes de la maladie coronarienne.
- Douleur chronique d'origine organique ou psychologique.
- Réhabilitation sociale des psychotiques chroniques.
- Troubles de la personnalité.
- Addictions : alcool, tabac, drogues, jeu.
- Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : angoisse, phobies, obsessions et autisme infantiles.
- Médecine comportementale (stress et psycho-immunologie, sida, cancer, hypertension artérielle).
- Troubles bipolaires.

CONTRE-INDICATIONS :

- Paranoïa.
- Dépression mélancolique ou ralentie.
- Impossibilité de définir clairement les objectifs du traitement avec le patient.

phobiques. L'arrivée des sciences cognitives a permis d'élargir le champ d'action des TCC à d'autres troubles émotionnels.

Dans les années 1970, les TCC ont été proposées dans le traitement des épisodes dépressifs d'intensité modérée, puis, dix ans plus tard, dans le traitement des épi-

sodes dépressifs majeurs résistant aux traitements pharmacologiques. Actuellement, dans les dépressions, les TCC ne sont plus prescrites en alternative, mais en association au traitement médicamenteux, ce qui permettrait d'améliorer la symptomatologie plus rapidement et de réduire les rechutes.

Et pour ce qui est des addictions, les TCC, proposées depuis 1985, ne doivent s'envisager que dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. La place de la TCC dans le programme thérapeutique doit être définie individuellement. Certains patients fumeurs, boulimiques ou alcooliques présenteront de nombreux éléments comportementaux et cognitifs pathologiques, d'autres moins. Dans la même optique, des programmes de réhabilitation de patients psychotiques chroniques ont été élaborés à l'aide des TCC. Ils sont construits en modules successifs thématiques et ont pour objectif de faciliter la réinsertion des patients.

Applications en médecine générale

La médecine générale s'intéresse vite aux potentialités des TCC. La démarche comportementale s'applique alors à une meilleure gestion de l'hypertension artérielle essentielle, des céphalées de ten-

A RETENIR

TCC EN MÉDECINE GÉNÉRALE
On appelle médecine comportementale à l'application des TCC en médecine générale

sion, des douleurs chroniques en général, des troubles du sommeil, de toutes les conduites addictives (prise excessive de boissons alcoolisées, tabagisme, boulimie). Dans le traitement des céphalées ou l'hypertension artérielle, par exemple, les TCC complètent le traitement médicamenteux, en tant que stratégie d'autocontrôle et de meilleure gestion de soi.

Entreprise et sport

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

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

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

QU'EN EST-IL DE LA MOTIVATION DU PATIENT ?

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

Motivations intrinsèque et extrinsèque

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

En psychologie théorique, il est classique de distinguer les patients ayant une forte motivation intrinsèque et ceux dont la motivation est extrinsèque. Rappelons que la motivation intrinsèque ou « autodétermination sans pression externe » caractérise le sujet qui ressent le besoin d'une thérapie et

la demande de lui-même afin d'améliorer ses relations sociales. Dans la motivation extrinsèque, la demande est motivée par une pression externe, souvent familiale. La motivation du patient au changement doit être évaluée de manière approfondie. Pour obtenir des résultats, la thérapie nécessite que le patient soit actif et participatif.

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

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

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

COMITÉ DE RÉDACTION

Directeur médical : Dr Alain Marié.
Rédacteur en chef : Dr Emmanuel de Viel.
Rédacteur en chef adjoint : Dr Marie-Laure Diégo-Boissonnet, assistée du Dr Bernard Ollivier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Allergologie : Pr Jean Bousquet, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier.
Angiologie : Pr Maurice Cloarec, hôpital Tenon, Paris.
Cancérologie : Pr David Khayat, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Jacques Rouéssé, centre René-Huguenin, Saint-Cloud.
Dr Annie Gauvain-Piquard, institut Gustave-Roussy, Villejuif.
Cardiologie : Pr Jean-Paul Bounhour, hôpital Rangueil, Toulouse.
Pr Jean-Marc Lablanche, hôpital cardiologique, Lille.
Dermatologie : Pr Louis Dubertret, hôpital Saint-Louis, Paris.
Pr Jacqueline Sagag, hôpital La Timone, Marseille.
Diabétologie : Pr Philippe Passa, hôpital Saint-Louis, Paris.
Endocrinologie : Pr Philippe Vague, hôpital La Timone, Marseille.
Gastro-entérologie : Pr Marc-André Bigard, CHU Brabois, Nancy.
Gériatrie : Pr Robert Hugonot, Grenoble.
Dr Laurence Hugonot, CEPEVI, Paris.
Gynécologie : Dr Alain Tamborini, Paris.
Hématologie : Pr Norbert-Claude Gorin, hôpital Saint-Antoine, Paris.
Pr Michel Marty, hôpital Saint-Louis, Paris.
Hépatologie : Pr Christian Trepo, hôpital Hôtel-Dieu, Lyon.
HTA : Pr Xavier Gieret, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Jacques Acar, hôpital Saint-Joseph, Paris.
Pr Henri Portier, hôpital du Bocage, Dijon.
Lipidologie : Pr Gérard Turpin, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
Médecine interne : Pr Bernard Devulder, hôpital Claude-Huriez, Lille.
Médecine légale : Dr Michel Godfruy, CHS Evreux.
Médecine nucléaire : Pr Xavier Marchandise, CHU de Lille.
Néphrologie : Pr Jean-Pierre Grundfeld, hôpital Necker, Paris.
Pr Alain Meyrier, HEGP, Paris.
Pr Pierre Simon, centre hospitalier, Saint-Brieuc.
Neurologie : Pr Mathieu Zuber, hôpital Sainte-Anne, Paris.
Pr Pierre Loiseau, hôpital Pellegrin, Bordeaux.
Obstétrique : Pr Serge Uzan, hôpital Tenon, Paris.
Ophtalmologie : Dr Gilles Chaine, hôpital Avicenne, Bobigny.
Pr Alain Hullo, hôpital Sud, Lyon.
ORL : Pr Bernard Frayssé, hôpital Purpan, Toulouse.
Pr Pierre Gehanno, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.
Orthopédie : Pr Gérard Saillant, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pédiatrie : Pr Christophe Dupont, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris.
Pneumologie : Pr François-Bernard Michel, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier.
Pr René Pariente, hôpital Beaujon, Clichy.
Psychiatrie : Dr Patrick Lemoine, CHS Le Vinatier, Lyon-Bron.
Pr Frédéric Rouillon, CMMÉ Sainte-Anne, Paris.
Pr Philippe Parquet, clinique Michel Fontan, CHRU de Lille.
Radiologie : Pr Guy Frija, HEGP, Paris.
Rhumatologie : Pr Bernard Delcambre, hôpital B, Lille.
Pr Xavier Le Loët, Rouen.
Sida : Pr Willy Rozenbaum, hôpital Rothschild, Paris.
Sport : Dr Gérard Porte, clinique du sport, Paris.
Travail : Pr Jean-François Caillard, hôpital Charles-Nicolas, Rouen.
Pr Jean Loriot, CFPH Montpellier.
Urologie : Pr Marc-Olivier Bitker, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Alain Jardin, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre.

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN

UNIFORME

Centre de documentation
261, rue de Paris, 93550 Montreuil Cedex
Tél. : 01.43.63.80.00 - Fax : 01.43.63.68.11

Fondateurs : Dr Marie-Claude TESSON-MILLET et Philippe TESSON

P-DG et directeur de la publication :

Dr Gérard Kouchner
Directeur de la rédaction : Richard Liscia
Edité par la SESC, SA au capital de 43 440 a
Durée 50 ans, à compter du 2 mars 1971.
21, rue Camille-Desmoulins
92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9.
Tél. : 01.73.28.12.70.

Principaux actionnaires : CMPMedica Holding France, CMPMedica Services, Medica Holding
Une publication de CMPMedica France
Dépôt légal à parution

Tarifs d'abonnements annuels :
médecins : 174 € TTC, étudiants : 104,40 € TTC.
Imp. : Vincent - Tours
CPPAP 0407 T 81257 - N° ISSN : 0399-2659
Reproduction interdite de tous les articles,
sauf accord de la direction. Les textes publiés sont sous
la responsabilité des auteurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association française de thérapie comportementale et cognitive, 100, rue de la Santé, 75014 Paris.
Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive, 3, rue du Coteau, 74150 Rumilly.
Mirabel-Sarron C. « Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives », éd. Dunod, Paris 2005.
Vera L., Mirabell-Sarron C. « L'entretien en thérapie comportementale et cognitive », 2e édition, Dunod, Paris 2004.
Samuel-Lajeunesse B., Mirabel-Sarron C., Vera L., Mehran F. « Manuel de thérapie comportementale et cognitive », 2e édition, Dunod, Paris 2005.
Vera L., Mirabel-Sarron C. « Psychopathologie des phobies », éd. Dunod, Paris 2002.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Texte conflit d'intérêt.