



Dépression : la méthode de « pleine conscience », une nouvelle approche de la rechute

Propos recueillis par Marina Casselyn et Bertrand Kiefer



Guido Bondolfi

Que faire lorsque des patients dépressifs rechutent après traitement et que les pensées négatives les saisissent à nouveau? Pour ces patients difficiles à traiter, souvent rencontrés par les généralistes, le

Dr Guido Bondolfi, responsable du programme Troubles anxieux et anciennement du programme Dépression du Service des spécialités psychiatriques du Département de santé mentale et psychiatrie aux HUG, a mis sur pied des thérapies de groupe faisant appel à la méthode dite de pleine conscience (*mindfulness*). «Il ne s'agit pas, explique-t-il, d'une énième technique curative visant à éliminer les symptômes, mais d'une médecine participative, dans laquelle le patient apprend à modifier sa propre attitude». Dans cet entretien, le Dr Bondolfi décrit cette méthode particulière mais aussi le contexte général du trouble dépressif, de sa définition et des progrès de sa compréhension biologique.

En quoi la méthode de « pleine conscience » se différencie-t-elle d'une classique thérapie cognitivo-comportementale?

Pour faire court, on peut dire que la méthode de pleine conscience – ou *mindfulness* – agit au niveau pré-réflexif. Elle ne vise pas à éliminer un symptôme grâce à des outils agissant sur le contenu des pensées, comme le préconise l'approche cognitivo-comportementale. Elle cherche à modifier l'attitude face aux symptômes. Dans une situation engendrant de la peine ou de la douleur, nous avons tous, d'habitude, deux types d'attitudes automatiques: soit tenter d'éviter la souffrance, soit essayer de la contrôler. Mais chez les personnes ayant déjà souffert de dépression, ces deux réactions facilitent les rechutes. Et alors, comment s'y prendre? C'est pour répondre à cette question qu'ont été développées des pratiques méditatives appliquées à des problèmes cliniques. Elles ne sont rien d'autre qu'un entraînement de l'esprit pour porter son

attention intentionnellement sur les sensations douloureuses avec bienveillance, voire avec curiosité. La douleur n'est pas supprimée, mais on apprend à évaluer le vagabondage naturel de l'esprit, à réduire ainsi les réactions automatiques pour ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une énième méthode curative, mais d'une médecine participative, dans laquelle le patient modifie sa propre attitude.

Quelle est la place de cette méthode de pleine conscience dans les pathologies dépressives?

Elle sert à prévenir la rechute. On sait que la dépression est une maladie récidivante. Après deux ou trois épisodes dépressifs, elle se déclenche presque automatiquement. Un facteur de stress majeur – comme la perte d'un emploi, un deuil, une séparation – n'est même plus nécessaire pour retomber en dépression. Un événement mineur peut suffire, parfois même une baisse légère et transitoire de l'humeur. C'est face à cet automatisme que la pleine conscience est utile. Plutôt que de lutter contre la dépression en ruminant pour la chasser, le patient apprend à adopter une attitude paradoxale: accueillir ce phénomène avec la conviction que *panta rei*, tout passe, y compris la tristesse ou la douleur. Ce concept se rapproche de la psychologie bouddhiste.

Il ne s'agit donc pas d'une méthode de première intention?

Non, nous ne la proposons qu'après plusieurs épisodes de dépression, afin que les patients deviennent davantage conscients du moment où la machinerie dépressive risque de se remettre en place. Dans nos programmes, généralement dispensés en groupes, nous pratiquons en gros 80% de pleine conscience et 20% de psychoéducation, dont quelques éléments viennent plutôt de la tradition de la thérapie cognitive. Le traitement consiste en huit séances hebdomadaires de deux heures, plus 45 minutes de méditation quotidienne six jours sur sept. Quatre

«... il ne s'agit pas d'une énième méthode curative, mais d'une médecine participative ...»

séances supplémentaires sont ensuite proposées sur l'année qui suit. Après ce programme, nous encourageons nos patients à poursuivre la méditation quotidienne.

La méthode de pleine conscience fait référence à la tradition spirituelle, à des pratiques d'épanouissement de soi. Comment avez-vous surmonté les réticences du milieu médical pour amener cette technique en psychiatrie?

Il a fallu adopter une attitude scientifique. L'efficacité de la pleine conscience contre la rechute dépressive a été



démontrée par des études evidence-based, commanditées par le National Institute of Mental Health aux Etats-Unis, dans le but de découvrir des traitements alternatifs à la pharmacothérapie. C'est ce qui lui a donné de la crédibilité et nous a permis d'intégrer en pratique psychiatrique une tradition venant d'ailleurs, en particulier de la philosophie bouddhiste. Il existe une demande phénoménale d'approches moins conventionnelles pour aborder les problèmes médicaux. Grâce à un subside du Fonds national, nous avons pu mener une étude en Suisse romande. Nos données, conjointement à celles d'études similaires, menées dans différents pays, montrent que chez des sujets ayant présenté des épisodes dépressifs et ne prenant pas de traitement antidépresseur, une approche de huit semaines de méditation en pleine conscience réduisait de moitié le risque de rechute. Il était de 30-35% chez les «méditants», contre 67% chez les patients n'ayant pas suivi la formation, et prenant ou non un traitement médicamenteux.

Pour évoquer la dépression d'une façon plus large, pensez-vous que toutes ses formes relèvent d'une seule entité nosologique (pour sa forme unipolaire), comme l'estime le DSM?

C'est une question clé. Elle est liée au débat sans fin autour de la nosographie des troubles mentaux, pour lesquels manquent les indicateurs biologiques que l'on trouve dans les maladies somatiques. La dépression est souvent polymorbide, et la classer comme une entité

«... Pour les dépressions de sévérités légère et moyenne, les approches psychothérapeutiques sont toutes aussi efficaces que les approches pharmacologiques ...»

étanche, selon les critères de classification du DSM, me semble une attitude réductionniste. Lorsque le DSM a été créé, en 1980, c'était avec l'espoir de fonder le système de classification sur des bases neurobiologiques afin de corréliser les entités cliniques laissées à l'arbitraire des psychiatres. Récemment, à la veille donc de la parution du DSM-5, l'American Psychiatric Association a reconnu qu'aucun trouble mental ne pouvait être associé à une variable biologique ou neurobiologique. C'était un aveu d'échec. En réalité, la classification des maladies mentales a peu évolué. Elle s'est surtout complexifiée. Afin de répondre à la diversité des présentations cliniques, de DSM en DSM, on saucissonne chaque fois un peu plus les entités de départ.

Pour parler du traitement, des critères clairs existent-ils pour choisir entre psychothérapie et approche pharmacologique?

Oui, nous pouvons nous appuyer sur la pratique et sur des études d'efficacité. Pour les dépressions de sévérités légère et moyenne, les approches psychothérapeutiques, indépendamment du type de psychothérapie, sont toutes aussi efficaces que les approches pharmacologiques. La médecine participative joue donc un rôle très important dans certaines entités nosologiques à un certain degré de sévérité. Pour les dépressions sévères

par contre, le traitement pharmacologique s'avère nécessaire pour corriger un déséquilibre important sur le plan neurobiologique, combiné à un traitement psychothérapeutique pour avoir le meilleur effet sur l'humeur. Nous sommes très sensibles à cet aspect-là en Suisse, où nous avons une formation postgraduée de psychiatrie et psychothérapie. Ce qui n'est pas le cas de pays limitrophes comme la France, où la prescription de psychotropes se fait trop facilement, sans toujours proposer cet accompagnement psychologique.

Certes, mais même en Suisse reste la difficulté très concrète de trouver un psychiatre disponible...

C'est le leitmotiv des médecins de premier recours. Et c'est vrai que le problème existe et qu'il s'agit d'aménager une organisation globale. A Genève, par exemple, dans le cadre du projet de l'Alliance contre la dépression, nous mettons en place des cercles de qualité afin de développer une meilleure collaboration entre généralistes et spécialistes. L'objectif est que chaque quartier puisse bénéficier de la disponibilité accrue de deux ou trois psychiatres.

Pour les médecins généralistes, quels sont les signes d'alerte d'un état dépressif?

Il faut bien sûr s'intéresser aux critères du DSM qui représente une boussole diagnostique utile. Mais les signes les plus typiques qui doivent alerter le médecin sont la fatigue, les plaintes somatiques – gastralgie, dorsalgie –, une faiblesse émotionnelle au cours d'un entretien. Tristesse et anhédonie sont les deux symptômes que le médecin doit rechercher systématiquement, avec le contexte de vie corrélié à la plainte. Mais est-ce nécessaire de le rappeler aux généralistes?

J'ai été très impressionné lors des cercles de qualité de l'étendue de leurs compétences et de leur sensibilité clinique face aux troubles mentaux.

L'une des difficultés consiste à différencier le burnout, ou même un état de stress, d'un trouble dépressif. Les symptômes sont-ils les mêmes?

La présentation est grossièrement similaire mais les conséquences sont très différentes. Le burnout est en relation avec des situations de surcharge professionnelle, de durcissement des contraintes auxquelles nous sommes tous soumis au travail. Certains signes sont, c'est vrai, caractéristiques du burnout, le cynisme par exemple. Mais la véritable différence est que les périodes de congé améliorent l'humeur du patient. Alors que, pour sa part, le patient déprimé se sent encore moins bien lors des congés: ils augmentent sa culpabilisation. Le burnout n'est pas reconnu par le DSM, il s'est glissé dans les pratiques, comme le *mobbing*. Le stress est un thème encore plus bâtarde pour lequel, contrairement à la dépression, on ne dispose pas de critères. Il s'agit d'une sorte de réactivité automatique et non adaptative, correspondant à une perte de contrôle induite par ce rapport au monde et aux sollicitations indépendamment d'une volonté consciente. Nous avons des groupes de gestion du stress dans le cadre de la méthode de pleine conscience.



La recherche récente, et particulièrement la génétique, a-t-elle apporté de nouvelles connaissances dans le domaine de la dépression ?

Cela fait vingt ans que l'on entend des affirmations comme : « Nous sommes à la veille d'une éclosion du savoir »... En réalité, comparativement à l'argent investi et à ce que l'on pouvait espérer, la recherche a accouché d'une souris. Malgré de larges études génomiques destinées à mieux classifier les maladies polygéniques, nous n'avons obtenu de corrélations génétiques que pour la schizophrénie, les troubles bipolaires de type I et l'autisme. Il faut donc tirer une première conclusion : la recherche de bases neuro-biologiques permettant une meilleure classification des affections psychiatriques n'a pas apporté les réponses attendues. Le paradigme qui vise à mieux comprendre les troubles psychiques en partant de la souris pour arriver à la compréhension de la complexité de l'homme montre des limites évidentes. Si le DSM se heurte à des difficultés, c'est peut-être parce qu'il rassemble des entités nosologiques peu homogènes. Reste l'espoir de trouver, grâce à la recherche clinique, des corrélations permettant d'orienter le type de traitement. Mais pour l'instant les avancées ont été assez maigres. La seule amélioration majeure en psychiatrie a finalement été la découverte des psychotropes – qui s'est faite par hasard – et, depuis, une amélioration de la tolérance à ces psychotropes. Mais aucune molécule nouvelle n'a bouleversé le traitement des grandes affections psychiatriques. Une nouvelle piste s'ouvre cependant, bouleversant d'anciens dogmes énoncés il y a trente ans : l'épigénétique. En d'autres termes, le discours tout génétique est désormais pondéré par celui sur l'impact de l'environnement.

D'où vient la crise actuelle de la recherche dans le domaine psychiatrique ?

Pour les troubles mentaux les plus largement répandus, il n'existe pas une pathologie pure mais des agrégations de syndromes et de symptômes, d'où la difficulté de créer des entités homogènes pour la recherche. C'est la première partie du problème. La seconde vient d'une dérive de la recherche en neurobiologie psychiatrique qui a conduit à une déshumanisation de l'approche du patient. Celui-ci est observé à la manière d'un mécanisme, en évacuant ce qui fait de la psychiatrie une discipline à part entière : la dimension subjective. C'est le dégât collatéral de la recherche neurobiologique. Les neurobiologistes commencent cependant à percevoir l'importance de s'intéresser aux histoires uniques des patients, ainsi qu'à leur environnement. Pour bien appréhender un trouble mental, il faut savoir à quoi l'on s'adresse : aux mécanismes biologiques ou à l'homme ? Transiter de l'un à l'autre est la seule bonne attitude. Cela dit, il ne faut jamais oublier ce qu'est le patrimoine de la psychiatrie, en commençant par l'héritage de la psychanalyse : considérer la subjectivité humaine comme point de départ de la démarche.

A propos de la dépression toujours, que nous apprend la neuro-imagerie actuelle ?

Elle montre que, étonnamment, la dépression est davantage une hyperactivité qu'une sous-activité cérébrale. Il

existe typiquement une hyperactivité du système limbique, dédiée aux émotions, comme un feu que l'on n'arriverait pas à éteindre. On peut soit baisser le feu, ce qui est le rôle des médicaments qui agissent à ce niveau-là pour réduire l'hyperactivité, soit le recouvrir, ce que font les psychothérapies.

Qu'observe-t-on en neuro-imagerie lors de la pratique de la méthode de la pleine conscience ?

Différents mécanismes sont mis en jeu par cette méthode. Chez les méditants novices ou ayant suivi uniquement la formation de huit semaines, ce sont plutôt les mécanismes de « couverture » qui interviennent, correspon-

«... Pour bien appréhender un trouble mental, il faut savoir à quoi l'on s'adresse : aux mécanismes biologiques ou à l'homme ? ...»

dant à une réévaluation des émotions en cours. C'est ce que nous avons pu observer, avec le Pr Patrick Vuilleumier, Directeur du Centre interfacultaire de neurosciences (CIN) à Genève, au cours d'une étude d'IRMf avec des patients ayant participé à nos groupes. Par contre, chez les méditants expérimentés comme les moines, ce sont des mécanismes d'extinction qui sont plus marqués. Une longue pratique de maintien de l'attention en contact avec un vécu émotionnel agréable ou désagréable permet progressivement de réduire le front du « feu » hyperactif. Ce phénomène met en évidence non seulement la plasticité cérébrale, mais aussi le fait que l'entraînement de l'esprit peut amener à des modifications de certaines zones tant sur le plan fonctionnel que structurel, selon le nombre d'heures de méditation pratiquée durant la vie.

Ces modifications structurelles et fonctionnelles entraînent-elles une transformation de la personnalité ?

Non, la pleine conscience se contente de la possibilité de se recentrer pour ne pas perdre pied, même un instant, malgré la vie stressante que nous avons tous. Si vous jetez une pierre dans un étang et que vous êtes à proximité, vous serez éclaboussé. Si, dans un panorama plus large, cette pierre tombe au loin, vous ne serez pas touché. C'est cette distanciation et ce va-et-vient de l'attention qui sont entraînés grâce à la pratique méditative. Il s'agit d'un changement d'attitude face à ce qui arrive dans la vie qui permet de devenir plus conscient du moment vécu. Dans les programmes de gestion du stress ou de prévention de la dépression, nous proposons des exercices de pratique informelle pour être pleinement conscient de ce que l'on fait quand on le fait. Par exemple : écouter quelqu'un en ne faisant rien d'autre que l'écouter. C'est un apprentissage de l'être-là, de la présence aux choses et à la vie. ■

Adresse

Dr Guido Bondolfi
Service des spécialités psychiatriques
Département de santé mentale et psychiatrie
Rue de Lausanne 20, 1201 Genève
guido.bondolfi@hcuge.ch