

UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
FACULTE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

LA BIBLIOTHERAPIE
EN MEDECINE GENERALE

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE
Le jeudi 22 octobre 2009

Par Pierre-André BONNET
Né le 28 Janvier 1983 à Montpellier

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
D.E.S. de Médecine Générale

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur J.M. AZORIN	Président
Monsieur le Professeur J. NAUDIN	Assesseur
Monsieur le Professeur A.P. GILLE	Assesseur
Monsieur le Docteur P.F. CHEVALLIER	Assesseur Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A messieurs les membres du jury.

Monsieur le Professeur Jean-Michel Azorin,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

Monsieur le Professeur Jean Naudin,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail en acceptant de siéger dans ce jury.

Monsieur le Professeur Alain-Philippe Gille,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail qui, je l'espère, fera honneur au combat que vous menez pour la médecine générale.

Monsieur le Docteur Pierre-François Chevallier,

Vous êtes à l'origine de cette thèse. Votre m'avez fait découvrir la médecine générale, dans toute sa complexité, sa diversité et sa richesse. Vous m'avez enseigné la manière de s'y accomplir en tant qu'être humain, et de ne pas s'y perdre. Au nom de mes meilleurs « états d'âmes », soyez-en sincèrement remercié.

A ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail. Je pense notamment au professeur Christophe André que je remercie pour sa disponibilité.

Merci au Docteur Simon Filippi, pour vos avis toujours pertinents et votre soutien, mais aussi pour votre volonté contagieuse d'entreprendre et d'avancer sereinement.

Je pense également au Docteur Franck Magnan, le premier à m'avoir accordé sa confiance dans mes premiers pas d'interne.

A mes amis qui, même éloignés, sont toujours présents, et particulièrement mes amis d'enfance.

À Jérôme, à qui je pourrai enfin dire que j'ai terminé mes études.

À Guillaume, qui, je l'espère, me regarde de là où il est.

Je remercie spécialement Luc, pour d'innombrables choses, mais surtout pour son amitié et pour ce qu'il est. Je pense également à sa petite famille, Audrey et Oriane.

A mes grands-parents et ma famille, je vous remercie profondément pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ces longues études.

A mes parents et à mon frère. Je vous remercie pour vos relectures. Mais aussi et surtout pour le reste, depuis toujours.

Enfin à Estelle, mon équipe à elle toute seule.

Table des matières

I - INTRODUCTION :	- 4 -
II – CADRE CONCEPTUEL ET HISTORIQUE	- 7 -
II-1 - Définitions	- 7 -
II-2 - Approche littéraire	- 8 -
II-2-1 - Catharsis	- 8 -
II-2-2 – Impulsion	- 9 -
II-2-3 - Temporalité	- 10 -
II-2-4 – Herméneutique	- 11 -
II-3 - Approche médico-psychologique :	- 12 -
II-3-1 - Expérimentations au XXème siècle	- 12 -
II-3-2 – De l’empirisme à la standardisation	- 13 -
II-3-3 – Le retour du <i>Logos</i>	- 14 -
II-3-4 - La bibliothérapie par la raison	- 16 -
II-4 - Evaluation par l’EBM et ses limites	- 18 -
II-4-1 - Reproductibilité de la bibliothérapie par la raison	- 18 -
II-4-2 - Ce que l’EBM ne peut évaluer	- 18 -
III – REVUE DE LA LITTERATURE	- 21 -
III-1 - Troubles de l’humeur	- 22 -
III-1-1 – Etudes menées en institution	- 22 -
III-1-2 – Etudes menées en pratique courante de psychologie et de psychiatrie	- 23 -
III-1-3 – Intervention psychologique par Internet	- 24 -
III-1-4 – Etudes en soins primaires	- 25 -
III-2 – Troubles anxieux et phobiques	- 27 -
III-3 – Troubles sexuels – Pathologie du couple	- 28 -
III-4 – Education, Troubles de l’enfant et de l’adolescent	- 29 -
III-5 – Problème avec l’alcool	- 33 -
III-6 – Troubles du sommeil	- 34 -
III-7 – Données qualitatives	- 35 -
IV – JUSTIFICATION ET PLACE EN MEDECINE GENERALE	- 37 -

IV-1 – Les troubles de santé mentale en médecine générale	37 -
II-2 –Le patient e(s)t le lecteur	40 -
IV-3 – Interventions par la lecture en médecine générale.....	43 -
IV-3-1 – Indications	43 -
IV-3-2 – Modalités de « prescription »	45 -
IV-3-3 – « Self-help » ou fictions ?	47 -
V- ENQUETE D’OPINION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES	49 -
V-1 – Problématique.....	49 -
V-2 – Méthode	49 -
V-3 – Résultats	50 -
V-4 - Analyse des données textuelles	53 -
V-4-1 – Doutes et limites	54 -
V-4-2 – Nouveauté et pertinence	55 -
V-4-3 – Ouvrages cités	56 -
V-4-4 – Synthèse	58 -
V-5 – Discussion	58 -
VI – EFFETS DE LA LECTURE: UNE ETUDE QUALITATIVE	61 -
VI-1 – Problématique.....	61 -
VI-2 – Matériel et méthode	62 -
VI-3 – Résultats chiffrés et repères	64 -
VI-3-1 – Caractéristiques démographiques des participants.....	64 -
VI-3-2 – Comportements et vécu psychologique	65 -
VI-3-3 – Pratique et perception de la bibliothérapie.....	67 -
VI-3-4 – Troubles concernés	70 -
VI-4 – Analyse de contenu	73 -
VI-4-1 – Données générales	73 -
VI-4-2 – Expérience d’éveil et accès à la connaissance	75 -
VI-4-3 – Distanciation.....	76 -
VI-4-4 – Renforcement et accompagnement	77 -
VI-4-5 – Apaisement.....	78 -
VI-4-6 - Prévention et santé	78 -
VI-5 – Discussion.....	79 -

CONCLUSION	- 82 -
ANNEXES.....	- 85 -
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PATIENT	- 85 -
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE MEDECIN	- 88 -
ANNEXE 3 : EXTRAITS DE TEMOIGNAGES.....	- 90 -
ANNEXE 4 : Extrait de « Sur la lecture » de Marcel Proust.	- 92 -
ANNEXE 5 : Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)	- 93 -
ANNEXE 6 : Exemple de liste d’ouvrages à destination des patients.....	- 94 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 96 -

I - INTRODUCTION :

Les troubles de santé mentale occupent une place importante dans l'activité de soins primaires, avec un impact économique majeur. D'après l'INVS, les troubles de l'humeur touchent 11% de la population générale, les troubles anxieux 17%(1). Troubles de l'humeur, troubles anxieux, phobies, troubles du sommeil : toutes les plaintes en rapport avec le psychisme sont responsables d'une grande altération de la qualité de vie des patients et d'une demande de soins forte.

Ces demandes de soins en santé mentale sont parfois à l'origine de situations complexes de prise en charge. L'accès au psychiatre peut s'avérer difficile, de même que l'accès aux psychothérapies. La relation médecin-malade est perturbée du fait du trouble psychique, les situations aiguës psychiatriques sont à l'origine d'une demande de soins non programmés importante. Tous ces facteurs contribuent à ce que les troubles de santé mentale soient un motif de recours quotidien.

Nous constatons que malgré ces difficultés, peu de recherche en soins primaires sont consacrées à l'évaluation de nouvelles modalités de prise en charge. La prescription de livres, ou bibliothérapie, peut être un nouvel outil dans de soin en mentale en médecine générale.

« Partout où je suis allé, un poète était allé avant moi ». Freud.

Cette citation résume la justification de ce travail. Le principe de la bibliothérapie est l'utilisation du livre dans le but de soigner. Le terme est un néologisme dont l'étymologie se décompose comme suit : « Biblios » (livre) et « Therapeuein » (soigner). Plusieurs définitions coexistent mais nous considérerons pour la suite que la bibliothérapie correspond à la lecture motivée par une personne ou un tiers, d'un support écrit dont la finalité est une amélioration de la santé mentale, soit par la diminution de la souffrance psychologique, soit par le renforcement du bien-être psychologique.

La bibliothérapie est un outil de soin et de prévention en santé mentale connu en psychologie clinique. En médecine générale, sa pratique est le fait de certains médecins qui

par une initiative personnelle, conseillent des lectures à leurs patients en puisant dans leurs propres expériences littéraires. Nous avons pu constater empiriquement un retour positif de la part des patients. C'est cette constatation qui a motivé ce travail.

Au regard de l'importance des troubles de santé mentale en médecine générale, nous nous sommes donc interrogés sur l'intérêt, la pertinence, la faisabilité et le service potentiels d'un tel outil appliqué dans le cadre des soins primaires. A ce jour et en notre connaissance, aucune recherche n'a été effectuée en France concernant l'application de la bibliothérapie en médecine générale.

L'objet de la présente thèse est l'idée que le livre peut être vu sous l'angle de l'outil thérapeutique. La lecture n'est pas un médicament, elle ne se prescrit pas et n'est pas considérée a priori comme un acte médical. Elle occupe un champ inexploré en médecine générale et très peu exploré par la psychiatrie. Les psychothérapeutes et les libraires sont les principaux promoteurs des travaux de recherche sur la bibliothérapie. Mais l'idée de ce type de prise en charge est avant tout à l'initiative des patients eux-mêmes.

Il convient dès maintenant de définir les contours conceptuels de la bibliothérapie. Nous distinguons trois catégories de livre (2). Dans une première catégorie nous classons le répertoire classique : romans, biographies, fictions, etc. L'ouvrage n'est pas écrit pour « soigner », mais le patient y trouve un effet bénéfique (citons pour exemple « L'alchimiste » de P. Coelho). Ensuite, nous classons les ouvrages « orientés » sur les considérations psychologiques ; classe hétérogène de livres dont le contenu est en rapport avec le soin de l'esprit : développement personnel, explication d'un courant de pensée psychologique, information sur un trouble particulier, etc. Le contenu est à caractère psychologique (par exemple « s'aider soi-même » de L. Auger). Enfin, dans une dernière catégorie nous classons les livres dits d'auto-traitement, appellation traduite de l'anglais « Help-Self Book ». Ces livres offrent une méthodologie précise dans la prise en charge de problèmes psychologiques ou psychiatriques. Souvent directement inspirés du modèle cognitivo-comportemental, ces « Self-help » (thérapie auto-administrée) ont à dessein de guider et encadrer le lecteur dans ses actions de la vie quotidienne pour l'aider dans un processus de changement comportemental et psychologique (citons ici « Dépression, comment s'en sortir » de I.Druon-Note).

Glasgow et Rosen en 1978 ont détaillé les modalités d'utilisation de la bibliothérapie dans le cadre des psychothérapies. On distingue ces modalités en fonction de la fréquence des contacts avec le thérapeute. Trois niveaux sont décrits: bibliothérapie avec absence de contact, où le patient s'auto-administre le matériel écrit, et ce matériel constitue l'unique contenu du traitement ; bibliothérapie avec contact minimal dans laquelle le matériel écrit est complété par des consultations, entretiens téléphoniques ou des correspondances ; enfin, la bibliothérapie dirigée, où les entretiens spécialisés et espacés viennent éclaircir et renforcer le matériel écrit (3).

Après ces quelques éléments de définitions, nous nous proposons dans une première partie d'évoquer les fondements littéraires et philosophiques des effets thérapeutiques de la bibliothérapie, ainsi que les repères historiques de la bibliothérapie moderne. Ensuite, nous nous proposons de synthétiser les travaux de recherche sur la bibliothérapie. Avec ces éléments, nous poserons les conditions d'application et la place de la bibliothérapie en médecine générale. Cette justification sera renforcée par une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes. Cette enquête a pour but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'une approche par bibliothérapie, en questionnant les médecins de premier recours. Dans une dernière partie, nous présentons une modélisation de l'effet thérapeutique de la lecture grâce à une analyse qualitative réalisée en population générale. Cette étude vise à compléter la recherche quantitative déjà riche à propos de la bibliothérapie.

II – CADRE CONCEPTUEL ET HISTORIQUE

De la philosophie aux techniques psychothérapeutiques modernes, les troubles psychiques relèvent selon les époques et les cultures de différents champs de réflexion.

D'après la définition donnée de la bibliothérapie, il convient de séparer les livres type self-help et les ouvrages littéraires.

II-1 - Définitions

Le terme de bibliothérapie est un néologisme qui apparaît au XXème siècle. Les vertus thérapeutiques de la lecture ont quant à elles inspiré écrivains et philosophes bien avant que la psychologie ne s'y intéresse. Les chercheurs dans ce domaine ont ainsi fourni plusieurs définitions de la bibliothérapie, la caractérisant soit par l'instrument utilisé, soit par la finalité de la méthode. En 1961, dans le Webster International, on trouve la définition suivante : « the use of selected reading materials as therapeutic adjuvant in medicine and psychiatry. Also: guidance in the solution of personnel problems through directed reading » (« la bibliothérapie est l'utilisation d'un ensemble de lectures sélectionnées en tant qu'outils thérapeutiques en médecine et en psychiatrie ; et un moyen pour résoudre des problèmes personnels par l'intermédiaire d'une lecture dirigée »). Par la suite, citons la définition donnée par Garner en 1976 : « processus d'interaction dynamique entre la personnalité du lecteur et la littérature ». Cette définition détermine la bibliothérapie par le processus en jeu lors de l'interaction entre le texte et le lecteur. Très globale, cette conception ne prend en compte ni l'encadrement ni la finalité de la lecture : la bibliothérapie est définie avant tout comme une dynamique qui naît de la lecture et agit sur la personnalité. Dans la continuité, Wall en 1991 résume la bibliothérapie comme une « transaction entre l'écrivain et le lecteur ». C'est donc tout échange qui est alors considéré comme porteur d'un effet chez le lecteur.

En 1980, Clarke et Bostle parlent d'un « accompagnement vers la résolution de problèmes par une lecture dirigée ». Ils définissent ainsi la bibliothérapie d'une part par un

champ d'application, restreint à la résolution d'un problème et d'autre part par une méthodologie uniquement centrée sur la lecture dirigée. Puis Overstad en 1981 donne un nouvel éclairage : « utilisation des livres pour promouvoir la santé mentale ». Beaucoup moins restrictive, cette conception englobe tout support et toute méthode d'emploi pourvu que la finalité soit l'amélioration de la santé mentale.

Ces définitions étant données, et avant de restreindre le propos au champ médical, qu'il nous soit permis d'évoquer ici les notions littéraires en rapport avec la lecture et le soin de l'esprit.

II-2 - Approche littéraire

« Venez, choisissez parmi mes livres et ainsi trompez votre chagrin » (Shakespeare, *Titus Andronicus*, Acte IV, Scène 1, 1.34).

La littérature et la philosophie ne manquent pas de références aux troubles psychiques. Ils en sont même une source d'inspiration abondante selon les époques. Les effets de la lecture elle-même sont également à l'origine de nombreuses références littéraires. La présente thèse n'a pas pour objet une recherche sur ce sujet et il serait illusoire de vouloir décrire l'histoire rigoureuse de l'utilisation de la lecture à des fins thérapeutiques. Mais il nous a semblé opportun de présenter quelques éléments pertinents rencontrés au cours de nos travaux dans la littérature, concernant les vertus thérapeutiques de la lecture. Pour exemple, nous évoquerons ici les propriétés de la lecture classique à travers quatre notions : la catharsis, l'impulsion, la temporalité, l'herméneutique. Chacune figure une modalité d'interaction avec le récit.

Citons à ce sujet l'ouvrage de Marc-Alain Ouaknin « Bibliothérapie. Lire, c'est guérir », qui donne à la bibliothérapie une interprétation talmudique tout en donnant un éclairage philosophique large à la lecture, au récit, au langage et à l'interprétation.

II-2-1 - Catharsis

Aristote enseignait dans « La Poétique » que la tragédie nous permet d'expérimenter la pitié et la crainte ainsi que la purgation qui accompagnent le vécu de ces émotions. Cette

purgation ou *Katharsis* a depuis été commentée à travers les époques et généralisée à d'autres émotions, passions ou sentiments. Mais il semble surtout qu'elle soit également applicable à la lecture. Comme la tragédie, la lecture donne accès aux mêmes émotions de la vraie vie. Mais du fait que cette expérience émotionnelle se vive à travers le prisme d'une représentation esthétique, ces émotions se retrouvent dépourvues de violence. L'effet purgatoire peut donc avoir lieu sans éprouver la souffrance qui est normalement attachée à ces émotions ou ces passions.

Marc-Alain Ouaknin précise alors qu'« ainsi déchargés de leur force nocive, [l'effroi et la pitié] deviennent des émotions esthétiques à la source d'une joie sereine ».

La lecture solitaire peut ainsi être le lieu d'expérimentation d'émotions normalement douloureuses, mais qui vécues à travers le prisme esthétique d'une histoire, d'une tragédie, d'un livre, perdent la capacité de faire souffrir, laissant place au plaisir et à la sérénité de la purgation de telles émotions. Cette composante cathartique du livre a notamment été étudiée par Paul Ricoeur qui écrivait que le spectateur-lecteur d'Aristote est « chair capable de jouissance » (Temps et Récit).

L'utilisation des livres lors de la première moitié du XXème siècle était motivée par l'effet cathartique. Cette fonction était alors aussi le reflet des courants de pensée de l'époque desquels émerge la psychanalyse.

II-2-2 – Impulsion

Marcel Proust, à sa manière, a développé l'idée de la bibliothérapie. Dans son livre *Sur la lecture*, il expose le rapport entre lecture et thérapie. Un extrait criant de modernité et de pertinence est cité en annexe 4. Proust y montre par quel mécanisme le livre peut être assimilé à une psychothérapie chez certains esprits. Son argumentaire s'applique à des troubles que nous rattacherions maintenant à un épisode dépressif majeur ou modéré. S'employant à démontrer que la personne ainsi malade a perdu la capacité de vouloir, son esprit se retrouve enlisé dans un oubli de soi-même, une passivité qui rend impossible toute action de changement et inutile toute tentative extérieure de soin, d'action ou de conseil. Si une intervention extérieure est alors inutile, seule une intervention intérieure est susceptible de faire recouvrer à l'esprit ses facultés. Mais elle est impossible par soi-même

puisque le sujet a perdu la faculté de vouloir, de décider et d'agir. Pour sortir de cette impasse, il faut donc trouver une impulsion d'un autre esprit mais qui s'exerce dans la solitude intérieure : c'est là la définition de la lecture.

Proust fait donc de la lecture le traitement pour ces esprits « qu'on pourrait comparer à ces malades, et qu'une sorte de paresse ou de frivolité empêche de descendre spontanément dans les régions profondes de soi-même où commence la véritable vie de l'esprit ». Toutefois, la portée de la lecture est nuancée : elle ne peut que rétablir la volonté, elle est une incitation qui ne remplace pas nos actions. Le livre ne nous change pas en un esprit guéri, mais rétablit la faculté de guérir pour peu qu'on y mette la volonté retrouvée.

Le rapport à la lecture dans la solitude confère donc au récit une fonction psychothérapeutique qui lui est spécifique.

En proposant la lecture comme le seul moyen d'administrer de l'intérieur l'impulsion d'un autre esprit, Proust élève la littérature au rang de thérapie. Ce qui fait dire à Marc-Alain Ouaknin que « peut-être un jour on saura qu'il n'y avait pas de littérature, mais seulement de la médecine... » (4).

II-2-3 - Temporalité

Dans le même ouvrage, Ouaknin effectue un rapprochement entre la temporalité psychopathologie et développe l'idée à propos de la dépression. En rappelant les travaux de Paul Ricoeur sur le rapport entre le récit et le temps dans « *Temps et récit* » il montre que le récit possède une action thérapeutique en ce qu'il agit dans une temporalité qui lui est spécifique. Ricoeur définit en effet trois Temps différents : le temps conceptualisé (penser le temps), le temps éprouvé (être conscient du temps), le temps vécu (vivre le temps). Nous renvoyons le lecteur au livre cité pour l'argumentaire philosophique et ne rapportons ici que l'idée directrice.

Le patient déprimé, enlisé, sans volonté, anhédonique est anesthésié à l'égard du monde. Cela s'accompagne alors de l'accumulation de pensées dévalorisantes et de ruminations, mais surtout d'une perturbation à appréhender le temps par la perte de la faculté d'anticiper. L'esprit figé ne peut se projeter dans l'avenir, faisant de la dépression

une « amputation du futur ». Il n'existe alors « point de futur sans passé et point d'espoir sans mémoire » : les maladies de l'âme agissent telles des « chronopathies », maladies du temps, auxquelles doivent répondre des « chronothérapies ». Ouaknin développe l'idée que la bibliothérapie agit dans le *temps vécu* : l'objet de la temporalité est fait de ce dont elle est remplie. Le récit ramène le lecteur dans le *temps vécu*, réveille la capacité d'éprouver la temporalité, réhabilite la capacité d'anticipation, et fait sortir de la dépression en rendant « possible une réinsertion dans une temporalité harmonique où le futur puise sa force dans le passé et où la mémoire donne des ailes à l'espoir ».

II-2-4 – Herméneutique

L'herméneutique est à l'origine l'activité d'interprétation et d'explication des textes sacrés et par extension des écrits philosophiques. Au cours de l'histoire des idées l'herméneutique est devenue une science s'étendant à toutes les expressions du langage. Toute lecture comporte un travail d'interprétation : c'est ce travail qui posséderait également une vertu thérapeutique.

Une approche herméneutique de la bibliothérapie consiste à considérer la lecture comme une production de sens nouveaux. La compréhension du récit génère une succession de nouvelles interprétations par lesquelles je reconstruis le monde qui m'entoure. L'idée sous-jacente est que l'homme n'a pas de sens, c'est lui-même qui s'en donne un. Le monde non plus n'a pas de sens ; c'est l'homme qui lui en donne un en le remplissant de signifiants, d'interprétations. Vivre est donc un processus herméneutique dans la mesure où j'évolue dans un monde qui n'a de sens que parce que l'homme l'investit d'interprétations. Améliorer mon rapport au monde, c'est changer le sens que je lui donne, c'est l'interpréter autrement en produisant de nouveaux signifiants. Lire est donc un acte thérapeutique qui ouvre de nouvelles perspectives en réécrivant l'interprétation que je fais du monde. C'est d'abord le langage qui guide la pensée. Le temps du récit par son interprétation est un travail sur la langue visant à transformer notre manière d'être au monde et le monde lui-même.

Si ces propos philosophiques sortent largement du cadre médical, que le lecteur sache que le but est de pointer le fait qu'il existe une science en matière de bibliothérapie.

La justification de l'utilisation d'ouvrages, y compris du répertoire général, fait appel aux principes théoriques évoqués. Dans la forme médicale de la bibliothérapie dont nous parlerons ensuite, ces théories laisseront la place à l'évaluation statistique. Mais rappelons-nous ces idées dont les fondements sont aussi anciens et profonds que l'écriture elle-même ; nous les retrouverons en dernière partie.

II-3 - Approche médico-psychologique :

Les libraires puis les psychothérapeutes n'ont pas attendu la psychiatrie moderne pour se servir des livres dans le traitement de certains troubles et les libraires dans les hôpitaux ont très tôt pris conscience de l'effet bénéfique qu'apporte la lecture chez les patients hospitalisés.

II-3-1 - Expérimentations au XXème siècle

On retrouve la trace des premières expériences de bibliothérapie, au sens où nous l'entendons en introduction, à l'aide de différents articles. La première expérience remonte à 1916 et revient à des libraires. Samuel Crothers, psychiatre, puis Sadie Peterson Delaney, libraire à l'hôpital militaire d'Alabama aux Etats-Unis, ont utilisé des livres pour soulager les troubles psychologiques des militaires de la première Guerre Mondiale (5). En 1930, le Dr William Menninger, psychiatre, institue un programme expérimental dans sa clinique psychiatrique, autour du livre « The Human Mind and Man Against Himself » (écrit par son frère).

Les recherches ont été faites dans des secteurs d'activité très variés à partir des années 1950 : enseignement, travailleurs sociaux et de l'enfance, soins infirmiers. Les libraires ont largement contribué à l'élaboration de différentes méthodes d'utilisation pendant toute la deuxième moitié du XXème siècle (5). La propriété thérapeutique était alors la composante cathartique de la lecture, ainsi que le bénéfice exprimé par les sujets dans les phénomènes d'identification au contenu. Cette période se superpose avec le développement de la psychanalyse, modèle théorique le plus répandu alors : la Catharsis parfois employée en thérapie est provoquée par la lecture.

Les années 1970 voient l'élargissement des expérimentations dans le domaine de la santé mentale. Troubles chez l'enfant, les personnes âgées, les handicapés, puis chez les diabétiques, les anorexiques ; les expériences se multiplient. Mais la plupart sont des expérimentations empiriques à l'initiative des bibliothèques hospitalières, ainsi que des psychologues. Si le principe de la bibliothérapie tend à être diffusé, son emploi et son évaluation restent sujets à caution car il n'existe alors aucune reproductibilité d'un projet à l'autre.

Citons plus récemment une expérimentation dans une prison où les romans de Steinbeck étaient étudiés en groupe de lecture avec des travailleurs sociaux dans les prisons. Il a été montré par la suite que les détenus qui avaient lu les œuvres proposées récidivent moins fréquemment après un suivi de cinq ans.

Aujourd'hui, les travailleurs en bibliothèque d'hôpitaux continuent à promouvoir la bibliothérapie chez les malades, notamment en hôpital psychiatrique (6). A noter également une remarquable initiative à l'instigation d'une association américaine « Changing Live Through Literature »¹. Des détenus sont insérés dans un programme où ils doivent lire six livres puis participer à des groupes de discussion avec juges et travailleurs sociaux. Le taux de récidive délictueuse parmi ceux qui ont suivi le programme est divisé par deux. Cette expérimentation tend à se développer dans d'autres pays, et donne une idée des possibilités variées qu'offre l'utilisation de la littérature à des fins thérapeutiques.

II-3-2 – De l'empirisme à la standardisation

Avec 1980 débute une décennie charnière. Si les expérimentations sont nombreuses, les études concernant l'évaluation des effets bénéfiques sont minces et surtout limitées par une méthodologie inadaptable pour ce type de pratique. Les articles concluent à une impossibilité d'évaluation méthodologique. Mais en parallèle l'Evidence-Based Medicine (EBM) est en plein essor. En appliquant une méthodologie fiable et reproductible, la bibliothérapie a alors pu être évaluée comme toute autre intervention thérapeutique.

¹ Voir l'article <http://bibliobs.nouvelobs.com/20090611/13167/grace-a-steinbeck-les-taulards-sevadent>
Site de l'association Changing Live Through Literature: <http://ctl.umassd.edu>

Durant ces vingt-cinq dernières années, les publications se multiplient autour de la bibliothérapie, offrant rapidement la possibilité de construire des méta-analyses d'essais randomisés. Les travaux ont continué à se multiplier dans des champs d'application de plus en plus variés ; La répartition des études au milieu des années 90 entre les différentes professions, d'après Forrest, est la suivante : psychologues dans 57% des publications, libraires pour 20%, infirmières pour 11%, travailleurs sociaux pour 10%. Les publications médicales sont quasi-inexistantes.

La diffusion du modèle émotivo-rationnel puis cognitivo-comportemental à partir des années 1960 en Amérique du Nord puis en Europe, offrant une technique reproductible, va contribuer au développement de la bibliothérapie en psychologie clinique et en psychiatrie. On observe alors une « explosion » de la littérature médicale depuis une douzaine d'années.

II-3-3 – Le retour du *Logos*

Les courants de pensée émotivo-rationnel puis cognitif et comportemental marquent le retour de la rationalité au centre du processus psychothérapique. Nous nous arrêtons sur ce point pour en éclairer le principe car nous verrons plus tard que les essais cliniques sur la bibliothérapie utilisent pour leur quasi-totalité des livres dont le contenu est une déclinaison de cette approche rationnelle des troubles de santé mentale. Les racines de ce modèle qui est utilisé en bibliothérapie dans les études, remontent aux philosophes Grecs. Nous en rappelons le fondement.

Les Grecs avaient fait de la philosophie le moyen d'une bonne santé et elle intégrait alors deux notions. La première correspond à l'idée que nous nous faisons aujourd'hui de la philosophie : une pratique purement discursive et logique. La deuxième notion double la première d'une dimension de sens pratique et moral, ancrée dans l'action. La philosophie étant un moyen d'organiser nos pensées et nos actes, elle peut alors consister en une pratique de santé. Epictète insistait ainsi sur la nécessité de « vivre les principes, non de les réciter ».

Cette conception de la philosophie définit alors ce qui est moral puisqu'elle consiste en une méthode qui affirme le contrôle de nos actes par la pensée. La faculté qui est en jeu pour choisir nos actes est la raison, ou *Logos* : elle nous permet de distinguer le bien du mal, le vrai du faux. Celui qui pratique la philosophie est donc un être moral puisqu'il emploie sa raison pour déterminer ses actes. Celui dont les actes lui sont dictés par autre chose que la raison : la passion ou les émotions, est un être immoral puisqu'il a perdu la faculté principale qui fait de lui un être moral. On voit donc que le champ de la philosophie, de la moralité et de la santé se superposent : une personne agissant sans raison ne saurait être en bonne santé. La question philosophique est l'endroit où l'état de santé se décide. Cicéron écrit dans *Les Tusculanes* qu'une âme « agitée et entraînée loin d'une raison complète et ferme y perd non seulement l'accord avec elle-même mais la santé ». La philosophie possède alors des prétentions thérapeutiques, distinctes de celles de la médecine : l'objet en est l'âme, là où la médecine soulage les maladies du corps.

Epictète, Platon, Epicure, Zénon de Citium, Marc-Aurèle : divers courants philosophiques ont apporté leur conception des maladies en mettant en avant notamment les maladies du désir et la passion. Dans ce mode de pensée, et en particulier pour l'école stoïcienne, le soin de l'âme est apporté par l'exercice de la pensée rationnelle. Le *Logos* (raison) est au centre de la réflexion philosophique et donc du processus thérapeutique. L'analyse rationnelle des passions permet une prise de recul, un choix, une liberté au lieu d'une soumission vis-à-vis de nos émotions. L'homme qui vit au moyen du *logos* est promis à plus de bonheur que celui qui devient l'objet de ses passions.

C'est à partir de cette conception des émotions et du soin en santé mentale que prennent naissance les courants de pensée utilisés en bibliothérapie ces quinze dernières années. Les termes ont changé mais l'idée centrale d'une perception rationnelle du monde et des émotions pour contrôler les mouvements de l'âme est revenue en force.

L'approche est basée sur une méthodologie expérimentale au sens scientifique, considérant que les mêmes causes provoquent les mêmes effets : nos cognitions sont conditionnées par des croyances inconscientes, sources de pensées automatiques intrusives qui induisent des émotions négatives. Il en découle un comportement que la personne va reproduire et renforcer à chaque fois que la pensée automatique apparaît. La

méthode pour corriger le trouble consiste à repérer et remplacer nos pensées automatiques négatives, ainsi qu'à corriger nos croyances inconditionnelles. Cela se fait par différentes méthodes rigoureuses qui ont l'avantage d'être reproductibles.

Ces méthodes cognitives et comportementales présentent deux avantages qui en font le principal courant de pensée actuel : d'une part son efficacité est quantifiable du fait de sa reproductibilité, et d'autre part les sciences cognitives et la recherche fondamentale tendent à conforter le modèle élaboré par l'expérience. Les évaluations quantitatives des différentes thérapies ont fait l'objet d'un rapport INSERM qui expose l'efficacité de ces thérapies par pathologie concernée (7).

La philosophie est remplacée par la thérapie, le Logos par l'analyse fonctionnelle, l'âme par les cognitions. Les thérapies émotive-rationnelles puis cognitivo-comportementales ont ainsi inspiré de nombreux ouvrages afin de diffuser la méthode de soin. Le point de convergence entre philosophie et bibliothérapie est la délivrance d'un enseignement et non la révélation d'une vérité.

II-3-4 - La bibliothérapie par la raison

L'administration d'une thérapie d'inspiration cognitive et comportementale par la lecture s'est beaucoup développée durant les quinze dernières années. Des thérapeutes et psychiatres conseillent à leurs patients certains ouvrages, pour compléter ou prolonger la thérapie ou la consultation. Le but est en premier lieu une explication rationnelle, sinon scientifique concernant nos émotions et nos comportements. Cet éclaircissement sur notre fonctionnement est prolongé par l'apprentissage au changement comportemental et au contrôle des émotions négatives. Au plus le livre contient des exercices, des entraînements pratiques qui en font un « self-help book » - livre d'auto-traitement ou traitement auto-administré - qui fait avant tout appel à la raison pour confronter le problème à une analyse fonctionnelle rationnelle.

La bibliothérapie par la raison et les « self-help » délivrent un enseignement qui répond à une procédure expérimentale. En effet et nous l'avons dit, la TCC est avant tout un enseignement que le patient devra concrétiser grâce à un travail et un entraînement, et non une révélation induite et cause du trouble. La connaissance par le patient du fonctionnement de l'esprit dans l'approche psychanalytique, opère comme un voile entre le sujet et l'origine de son mal qui empêche la guérison. A l'inverse, la compréhension de la méthode de travail par le patient est un élément indispensable à l'amélioration dans l'approche cognitive et comportementale. Tout mode d'administration ou tout vecteur facilitant cet enseignement et son application pratique est donc utile. Le livre est en cela un bon outil d'apprentissage.

Pour exemple le livre « S'aider soi-même » de Lucien Auger qui, dans la lignée de Albert Ellis, a grandement participé à la diffusion des techniques de thérapie émotive-rationnelles. Il est l'auteur d'ouvrages d'auto-thérapie et de vulgarisation pour le grand public. Le livre « S'aider soi-même » expose clairement le modèle (primauté des pensées sur les émotions, pensées automatiques négatives) et donne à travailler sur les émotions d'une façon rationnelle en se basant sur des exemples issus de sa propre pratique clinique.

Les livres de type « self-help » ne sont pas des ouvrages spécialisés qu'on trouve dans les librairies médicales. Ces livres ont investi les têtes de gondoles des grandes enseignes de la distribution, et certains sont de véritables succès à grand tirage. En détachant la psychothérapie du thérapeute, on laisse au patient une grande autonomie et on rend plus facile l'accès à ces techniques de soin.

La bibliothérapie exploitant les techniques cognitives et comportementales ouvre la voie à l'évaluation quantitative du fait de la reproductibilité de la méthode.

II-4 - Evaluation par l'EBM et ses limites

II-4-1 - Reproductibilité de la bibliothérapie par la raison

La bibliothérapie par la raison, issue des méthodes de thérapie cognitive et comportementale, offre un contenu qui, comme nous l'avons expliqué, répond à une procédure élaborée de manière expérimentale. La forme change mais le fond de l'enseignement reste le même, ce qui le rend donc reproductible. L'Evidence-Based Medicine est donc applicable si l'on considère la bibliothérapie comme une intervention thérapeutique, évaluable et comparable aux autres types d'intervention, ou encore associable aux autres traitements conventionnels (médicamenteux, thérapies).

Les livres évalués sont dans la quasi-totalité des essais, des « self-help book », des livres d'auto-administration d'une thérapie. C'est parmi cette catégorie d'ouvrages que la méthodologie est la plus proche d'une thérapie conventionnelle, et ce sont aussi des supports qui ont été écrits par et pour aider les psychiatres et thérapeutes, il est donc logique que ce soit ces livres qui aient fait l'objet de la plupart des publications. Toutefois l'EBM présente certaines limites pour appréhender la bibliothérapie dans son ensemble.

II-4-2 - Ce que l'EBM ne peut évaluer

L'EBM ne permet pas une évaluation entièrement satisfaisante de la bibliothérapie (8). Sa méthodologie a permis d'affirmer un bénéfice, comme nous le verrons ci-après. Mais la standardisation des variables mesurées, qui permet la significativité statistique et la généralisation, occulte certaines données qui manquent pour apprécier la pratique dans son ensemble.

Tout d'abord, les essais ne rendent pas compte de la variabilité intrinsèque chez les sujets, les rendant aveugles devant les notions de motivation, d'engagement et d'émotion du lecteur face au texte. Le processus cognitif en jeu est ainsi nié si la bibliothérapie est abordée sous l'angle unique de la quantification des résultats. Si l'on considère la rencontre entre le patient dans un état A et le texte, on évalue le même patient dans un état B après

cette rencontre. Dire que A est différent de B et que B est supérieur à A ne permet pas d'accéder à la connaissance de la nature du changement observé. On n'en étudie que les conséquences. Qu'une métaphore biologique nous soit permise : aborder la bibliothérapie seulement par des essais quantitatifs revient à tester un principe actif par ses effets cliniques sans avoir connaissance de sa pharmacodynamie. Par analogie, l'EBM ne permet pas d'étudier la « bibliodynamie » de la bibliothérapie.

Cette précision est d'importance car il est clair que de nombreux facteurs de confusion peuvent entrer en compte. Existe-t-il un effet réel de la lecture qui puisse venir expliquer les bénéfices démontrés par les essais ? L'EBM ne permet pas de répondre. D'autant plus que ces essais sont souvent montés de telle sorte que la lecture est mélangée parmi d'autres interventions : vidéos, support en ligne sur Internet, échanges en face-à-face, rendant la bibliothérapie statistiquement efficace mais sans démonstration de cause à effet.

Par ailleurs la méthodologie de l'EBM oblige à utiliser dans les essais uniquement des livres dont le contenu est validé, donc ceux qui sont écrits dans le but d'administrer une TCC. Cela écarte tout le reste du répertoire de la psychologie et de la littérature générale.

Pour ces raisons, étudier la bibliothérapie nécessite une approche qualitative. Une telle démarche permet d'envisager la bibliothérapie comme un « phénomène » dont on peut étudier la nature selon une méthode validée. Ce champ a agité les écrivains et philosophes mais n'a pas pénétré la recherche psycho-médicale.

Nous concluons ce cadrage conceptuel en anticipant la question du lecteur : « la bibliothérapie est-elle une affaire médicale ? ». Le livre se situe à la convergence de domaines qui ont été négligés par une certaine vision techno-scientiste de l'activité médicale. Mais une mise en perspective historique et transdisciplinaire met en relief l'idée que nul obstacle ne s'oppose à l'idée d'utiliser la lecture en médecine. Les bibliothécaires, les psychologues, puis les psychiatres : ces expérimentations ne font que ramener au centre de la réflexion un processus décrit depuis deux mille ans par les philosophes Grecs. Pourquoi ne puiserions-nous pas sans retenue dans ces ressources-là pour prendre en charge les patients qui eux, dans la plupart des cas, viennent confier leur problème au médecin

traitant ? La médecine générale bénéficie d'une « force de frappe » unique qu'il serait dommage de ne pas appliquer à une nouvelle méthode de soin qui a montré son efficacité, comme nous le rapportons ci-après.

III – REVUE DE LA LITTÉRATURE

Il faut d’emblée souligner l’importance des travaux de certaines équipes réalisés notamment aux Pays-Bas et en Amérique de Nord. Les publications de l’équipe de P. Cuijpers du département de psychologie clinique de l’université d’Amsterdam sont à ce titre remarquables et alimentent pour une bonne part la littérature à ce sujet.

L’utilisation des livres dans un objectif thérapeutique a fait l’objet de très nombreux essais. On note un emballement sur le sujet depuis la fin des années 90. Ces travaux sont le plus souvent à l’initiative d’équipes de psychologues, essentiellement, et de psychiatres.

La bibliothérapie est souvent étudiée sous sa forme « self-help intervention », c’est-à-dire une thérapie auto-administrée par la lecture : le contenu du matériel utilisé est un enseignement psychothérapeutique issu des techniques comportementales et cognitives.

Plusieurs protocoles ont fait l’objet d’essais contrôlés randomisés. On retrouve la bibliothérapie au premier « étage » d’un protocole d’intervention « étagé » (« stepped-care »), ou bien en intervention unique mais ponctuée par l’intervention d’un soignant médecin psychiatre, médecin généraliste ou psychologue (« minimal contact therapist »), ou encore la bibliothérapie est utilisée seule, sans intervention en face-à-face avec un soignant.

Notons que ces dernières années ont été marquées par un foisonnement d’essais sur la délivrance du contenu écrit par Internet, permettant en plus une interactivité et un recueil de données qui en facilite l’évaluation. Nous incluons ces études dans notre travail car nous considérons que cela reste une forme de lecture, même si le support est différent (le livre est remplacé par l’écran mais le moyen d’interaction reste identique : la lecture).

Dès 1995, RW Marrs publie une méta-analyse regroupant les essais testant la bibliothérapie ; le but étant de comparer ses effets avec l’absence de traitement et une psychothérapie conventionnelle. L’auteur conclut à une absence de différence significative entre les effets de la bibliothérapie et le traitement « administré par le thérapeute ». Il ne notait pas non plus d’érosion dans le temps du bénéfice. Ces résultats sont nuancés en fonction du type de trouble : surtout marquée pour les troubles anxieux et les dysfonctions

sexuelles, l'efficacité de la bibliothérapie est moins nette concernant les problèmes de surpoids et les compulsions (9).

Deux ans plus tard, Cuijpers réalise une autre méta-analyse des travaux menés depuis la fin des années 80 sur l'utilisation de la bibliothérapie. S'il ne conclut pas à des résultats statistiques forts du fait du manque d'études randomisées en quantité et de leur manque de significativité statistique, il souligne l'intérêt potentiel de l'approche qui délivre au patient les méthodes de psychothérapie comportementale par un matériel écrit (10).

L'idée générale qui se dégage de ce qui suit est que la pratique optimale de la bibliothérapie consiste en l'utilisation d'un livre inspiré des psychothérapies comportementales et cognitives, associée à un accompagnement en consultation.

La plupart des études présentées ci-dessous teste l'effet des livres de thérapie auto-administré (« self-help book »), dont le contenu est directement inspiré du modèle comportemental et cognitif. Une rétrospective exhaustive étant illusoire, nous nous sommes cantonnés ici aux principales études récentes en fonction du type de trouble. Les troubles du comportement alimentaires sont volontairement exclus du fait de l'encadrement psychothérapeutique dont les personnes atteintes bénéficient déjà, rendant peu pertinente la réflexion à ce sujet. Les essais présentés ont été retrouvés via PubMed, en regroupant les résultats de requête avec les Mesh Terms suivant : « Bibliotherapy », « self help », « primary care », « internet-based therapy ».

III-1 - Troubles de l'humeur

En bibliothérapie, c'est la prise en charge des troubles de l'humeur qui a été la plus étudiée. La littérature est riche dans ce domaine.

III-1-1 – Etudes menées en institution

Une étude menée par Cuijpers en maison de retraite en 2001 dans la prévention secondaire des dépressions majeures montre qu'une intervention précoce dès l'apparition de troubles thymiques fait diminuer l'incidence des rechutes dépressives (11).

En 2004, une étude contrôlée randomisée incluant 31 maisons de retraite comparant la bibliothérapie seule (livre « Feeling Good » de Burns) et une psychothérapie cognitive et comportementale conclut à une efficacité significative des deux méthodes par rapport au groupe contrôle (12). Si la TCC montre de meilleurs résultats dans les symptômes ressentis, les scores cliniques de dépression n'étaient pas différents. A trois mois de suivi, il n'y avait aucune différence entre les deux types d'intervention.

Deux ans plus tard, les patients de l'étude précédente étaient réévalués afin de comparer la stabilité des bénéfices obtenus par psychothérapie et par bibliothérapie. Les échelles utilisées étaient le score de Hamilton et le Geriatric Depression Scale (GDS). Les patients traités par bibliothérapie seule avaient eu plus de récurrences dépressives durant la période de deux ans. Mais dans les deux cas, les gains étaient maintenus à deux ans, sans différence significative sur le score GDS entre les deux méthodes (13).

En 2006, un essai randomisé étudie le coût-efficacité d'une action en prévention par une intervention par bibliothérapie chez des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs mais sans dépression sévère. L'étude conclut qu'il existe une efficacité liée à ce type d'intervention et souligne l'importance de ces interventions précoces en prévention de la dépression sévère chez la personne âgée (14).

III-1-2 – Etudes menées en pratique courante de psychologie et de psychiatrie

En 2007 une méta-analyse est réalisée par P. Cuijpers concernant l'efficacité d'une intervention auto-administrée (« self-help intervention ») dans les troubles dépressifs. Sept études, méthodologiquement de qualité, regroupant 700 patients sont retenues. Une efficacité est démontrée dans ce type de troubles et également dans la prévention de l'aggravation vers une dépression grave (15).

Une revue systématique est faite en 2008 concernant l'ensemble des interventions non médicamenteuses dans les troubles dépressifs. Rappelant qu'il existe un continuum dans la symptomatologie dépressive, la justification de cette étude se trouve dans

l'élaboration de recommandations pour une campagne de prévention en santé pour prévenir la dépression grave. Une petite efficacité a été attribuée à la bibliothérapie et les interventions par internet (« internet-based intervention ») sur les symptômes dépressifs. Ainsi que pour d'autres types d'intervention, l'auteur conclut à la nécessité d'un consensus d'experts pour sa diffusion dans la prévention de la dépression et la lutte contre la surconsommation médicamenteuse (16).

P. Cuijpers en 2008 revenait sur les interventions psychologiques auto-administrées dans le but de prévenir l'apparition de troubles dépressifs sévères. Dix-neuf études ont été rassemblées dans une méta-analyse qui conclut qu'il est possible de prévenir l'apparition de nouveaux cas de dépression grâce à ces méthodes. On observe une diminution de l'incidence de dépression majeure de l'ordre de 22%. L'auteur réaffirme l'importance de ce type d'intervention pour diminuer l'impact de la dépression dans la population générale (17).

Enfin, la même équipe élabore en 2009 une importante méta-analyse reprenant 25 études contrôlées randomisées concernant le traitement psycho-éducatif et la prévention en santé mentale pour la dépression. Cette étude reprend l'évaluation d'une méthode dite « coping with depression » (littéralement « faire avec la dépression »), utilisée dans plusieurs pays. Cette forme flexible de psychothérapie utilisée en prévention se sert de la lecture à visée psycho-éducative (18). Il est montré une diminution du risque de dépression majeure de 38%.

III-1-3 – Intervention psychologique par Internet

Plusieurs essais cliniques ont testé l'efficacité d'une psychothérapie délivrée par Internet. On citera parmi les études récentes celle de V. Spek qui a démontré en 2008 par un essai contrôlé randomisé une efficacité d'une psychothérapie délivrée par internet chez des patients dysthymiques de plus de 50 ans. Ce bénéfice était réévalué un an plus tard et n'avait pas faibli : une différence significative était toujours observée sur l'échelle de Beck ($p=0.03$) (19, 20).

La même année, un protocole similaire, auquel s'ajoutait un envoi de mail hebdomadaire, a été étudié. 213 patients étaient inclus dans cet essai contrôlé randomisé et les variables étudiées englobaient les troubles de l'humeur mais aussi l'anxiété et le stress au travail. Les symptômes dépressifs étaient significativement améliorés, ainsi que l'anxiété. Le stress au travail n'était que peu modifié. L'auteur souligne l'intérêt de la méthode pour les troubles émotionnels complexes mélangeant symptômes dépressifs, anxiété et angoisse (21). Une deuxième étude très similaire incluant 263 sujets concluait à une efficacité comparable entre une psychothérapie délivrée par internet et par des entretiens face-à-face après 12 semaines de suivi (22).

Une méta-analyse de 13 essais contrôlés randomisés sur les interventions psychologiques auto-administrées par internet faite par E. Van't Hof en 2009 reprend les résultats concernant l'efficacité de ce type d'intervention sur la dépression et l'anxiété. Une efficacité comparable à une psychothérapie en entretien est démontrée, sur les symptômes dépressifs et sur l'anxiété. Cet effet est indépendant du type de contenu utilisé dans les différents protocoles (23).

III-1-4 – Etudes en soins primaires

Certains travaux se sont penchés sur l'efficacité et l'efficience de la bibliothérapie, en particulier les « self-help books », en soins primaires. En 1999, M. GUIRGUIS publie un article démontrant le bénéfice apporté par la bibliothérapie chez des personnes âgées dépressives à domicile (24). Le protocole incluait un accompagnement avec les équipes de soins infirmiers à domicile. Cette initiative est intéressante car elle fait intervenir uniquement des intervenants de ville, de manière adaptée au cadre de vie du patient et intégrée dans un protocole de soins à domicile déjà existant.

D'autres travaux menés en soins primaires ont fait l'objet d'une méta-analyse en 2001 par P. Bower (25). Huit études ont été retenues pour évaluer le coût-efficacité de la méthode. Si les résultats concluent à un bénéfice significatif, l'auteur nuance ces résultats en

précisant que l'étude manque de visibilité sur le long-terme du fait du manque de données alors disponibles.

En 2004, un essai randomisé contrôlé démontre le bénéfice à un an en terme de diminution d'incidence de dépression grave (12% pour le groupe traité contre 18% dans le groupe contrôle). La lecture d'un « self-help » était complétée par un contact minimal avec un thérapeute (26).

En 2005, P. Cuijpers 2005 valide l'utilisation de la bibliothérapie dans le cadre de « groupes psycho-éducatifs » pour la prise en charge de la dépression mineure en pratique de routine. L'étude, menée en condition de soins ambulatoires réels, montre des résultats comparables à ceux obtenus en essai contrôlé (27).

Le Royal college of General Practitioners publie en 2005 une revue de la littérature. En reprenant 11 essais, un effet modéré est à nouveau démontré. Avec une spécificité concernant l'analyse des données : en reprenant les études ayant utilisé le même support écrit d'un essai à l'autre, les auteurs parviennent à identifier la preuve d'un petit bénéfice direct du livre étudié (« Managing Anxiety and Depression » pour les études outre-Manche, « Feeling good » pour les essais outre-Atlantique). Malgré le bénéfice directement imputable à la seule lecture de ces ouvrages, les auteurs suggèrent que le plus utile et le plus efficace est l'utilisation d'un « self-help » associé à un accompagnement en consultation.

Dans la continuité de cette méta-analyse, une étude pilote prometteuse en 2007 montre que cinq patients sur cinq participants ont été améliorés 3 mois après avoir lu Feeling Good, livre « prescrit » par le médecin généraliste, associé à un suivi hebdomadaire en consultation de médecine générale (28). L'auteur conclut à une faisabilité certaine, un faible coût, et à la nécessité de reproduire l'essai à plus grande échelle. Cette étude pilote est intéressante car elle ne fait intervenir que le médecin de premier recours, contrairement à la majorité des études faites jusqu'alors qui font intervenir en général un soignant spécialisé ou formé à la psychothérapie.

Autre protocole d'intervention intéressant, celui étudié par P. Van't Veer-Tazelaar en 2009. Elle a comparé chez 170 sujets une prise en charge dite « usuelle » avec une prise en

charge ambulatoire étagée associant les traitements médicamenteux si besoin, la bibliothérapie et si besoin une psychothérapie centrée sur la résolution de problème (29). A douze mois, il est démontré une baisse de l'incidence des troubles dépressifs et de l'anxiété.

III-2 – Troubles anxieux et phobiques

Les troubles anxieux ont fait l'objet d'études conjointes avec les travaux sur la dépression. Toutefois, certains essais se sont penchés uniquement sur les troubles anxieux. Les premiers essais randomisés des « self-help » pour les troubles anxieux datent de la fin des années 60 et début 70.

En 1994, il est montré que la bibliothérapie est aussi efficace qu'une thérapie de groupe dans le traitement du trouble panique après un suivi à 6 mois (30). Cette étude contrôlée met donc au même niveau deux façons d'« administrer » une psychothérapie.

D'autres travaux par la suite ont cherché à montrer un effet thérapeutique sur les troubles obsessionnels-compulsifs, lors d'une prise en charge avec un contact minimal avec le thérapeute. Une revue de ces travaux en 2005, plus un autre protocole en 2008, ont montré de bons résultats, quelles que soient les modalités de traitement suivies : lecture avec intervention brève par téléphone ou par internet (31), ou en consultation(32). Les auteurs mettent en avant l'idée d'un programme de prise en charge étagé, avec au premier niveau un livre « self-help ».

Cette modalité de traitement est ensuite confortée par une étude comparant la bibliothérapie seule ou en association avec des entretiens de groupe ou individuels dans la prise en charge de l'agoraphobie. Si un effet bénéfique existe dans le groupe traité par bibliothérapie seule, l'efficacité est meilleure lorsque le livre est accompagné par un contact avec un soignant (33).

La psychothérapie administrée par internet pour le traitement des troubles anxieux serait également efficace, d'après une méta-analyse reprenant douze essais randomisés (19).

La principale preuve de l'intérêt des « self-help » dans les troubles anxieux est donnée par une méta-analyse très complète faite en 2007 qui reprend 33 études (34). L'effet retrouvé est qualifié de modéré à grand. Une efficacité est retrouvée dans chaque type de trouble (agoraphobie, trouble anxieux généralisé, phobies), sans différence liée aux conditions de l'étude ni aux personnes proposant le support, professionnel ou non. Il est montré que le seul paramètre influant quantitativement les résultats est la méthode d'évaluation : lorsqu'il s'agit d'une auto-mesure, les résultats sont meilleurs que lorsqu'il s'agit d'une hétéro-évaluation par un score diagnostique. L'effet de la bibliothérapie seule est moins important qu'une psychothérapie, mais cette différence s'efface lorsque le livre est associé à un soutien régulier, y compris en consultation médicale ambulatoire. Cela est aussi vrai concernant la prise en charge par Internet.

S'appuyant sur cette importante méta-analyse, P. Cuijpers (35) met la bibliothérapie en perspective en rappelant son utilisation depuis les années 60, et conclut en affirmant qu'il existe assez de preuves pour proposer la bibliothérapie en pratique courante.

Plus récemment, la bibliothérapie fait l'objet d'études dans la prévention des états de stress post-traumatique. Si la thérapie cognitive et comportementale a fait la preuve de son efficacité, l'utilisation d'un livret inspiré de cette technique n'a pas fait la preuve de son efficacité (36).

III-3 – Troubles sexuels – Pathologie du couple

Dans le cadre de thérapies de couple, certains thérapeutes recommandent l'utilisation d'histoires fictives car cela facilite l'exploration de sujets difficiles (37). Cet article est intéressant car il fait référence à d'autres livres que les self-help dont on a vu qu'ils occupaient une place très importante dans la littérature. Des ressources gratuites, respectueuses et accessibles en ligne pour le conseil conjugal sont conseillées (15).

De nombreux essais ont affirmé l'efficacité d'un traitement psychologique auto-administré dans la prise en charge des troubles sexuels chez l'homme : dysfonction érectile et éjaculation précoce. L'équipe de J. Van Lankveld a beaucoup travaillé sur le sujet avec une

première méta-analyse regroupant 23 essais. Un effet significatif était isolé mais avec une érosion dans le temps (38). La même équipe a plus récemment publié deux articles dont un essai randomisé contrôlé d'une sexothérapie par internet uniquement, sans contact avec un soignant : les troubles érectiles répondent à ce type d'intervention mais pas l'éjaculation précoce. Le deuxième article est une revue et une synthèse des interventions pertinentes par bibliothérapie (39). L'auteur rappelle l'intérêt de l'approche chez les personnes n'ayant pas accès à une thérapie. De plus, il souligne la spécificité thérapeutique par le transfert du bénéfice directement dans la situation de vie du patient ainsi que par le sentiment d'auto-efficacité que cela procure. Exposant les différentes stratégies et les types d'interventions étudiées, l'étude conclut par la mise en avant d'une démarche visant à faire du patient son propre thérapeute (40).

En Belgique, on retrouve en 2002 un protocole concernant l'éjaculation précoce utilisant un roman « sexo-informatif » (41). 117 hommes sont inclus. Dans le groupe traité 79% des sujets observent une amélioration. Parmi ceux-là, 65% ne rentraient plus dans les critères d'éjaculation précoce. Contrairement aux résultats de la méta-analyse citée plus haut, cet essai montre que la bibliothérapie est efficace également dans l'éjaculation précoce.

Un essai randomisé plus large a été mené chez les hommes mais aussi chez les femmes concernant un traitement auto-administré dans les dysfonctions sexuelles. Cette étude faite en 2001 teste divers protocoles et montre un bénéfice chez l'homme comme chez la femme après cinq semaines de traitement. Toutefois, cette étude ne comparait pas les résultats avec un traitement par sexo-thérapie conventionnelle (42). Citons enfin un essai récent d'un traitement administré par courrier électronique. 39 hommes atteints de trouble de l'érection ou d'éjaculation précoce ont été suivis pendant trois mois. Une amélioration est rapportée chez 47% des sujets.

III-4 – Education, Troubles de l'enfant et de l'adolescent

Nous l'avons vu en historique, le principe de la bibliothérapie est utilisé depuis trente ans par des corps de métiers para voire extra-médicaux. Bibliothèque d'hôpital ou

municipale, personnels de l'éducation ont notamment vu très tôt l'intérêt potentiel de la lecture. Les sciences de l'enseignement et du développement depuis les années 80 ont publié des travaux de recherche à ce sujet.

Citons les travaux de J. Pardeck, qui a utilisé dans un cadre social la bibliothérapie entre la fin des années 80 et le milieu des années 90. Il a publié plusieurs articles descriptifs sur l'utilisation des livres chez les enfants pour les « soins éducatifs » et lors d'une adoption (43), puis pour la prise en charge des abus chez l'enfant tout en décrivant les limites de la technique (44). Quelques années plus tard il publie un article sur l'utilisation de la bibliothérapie dans la dépendance aux substances chez l'adolescent. Il présente les ouvrages adaptés à ce type d'intervention et la stratégie empiriquement déployée (45). Toujours chez l'adolescent il publie un peu plus tard deux articles sur l'utilisation de la bibliothérapie chez l'adolescent face aux difficultés de vie et dans le divorce (46)-(47). D'autres auteurs ont spécifiquement étudié l'intérêt d'un soutien par les livres chez les pré-adolescents et exposent des méthodes de prise en charge spécifiques (48).

Dans les problèmes d'anxiété chez l'enfant et l'adolescent, il existe également divers travaux qui ont fait l'objet d'une méta-analyse en 2008 par R. Parslow. Plusieurs moyens non médicamenteux étaient étudiés et les résultats montraient une efficacité propre aux « self-help ». Toutefois, l'analyse manquait de puissance et l'auteur concluait sur la nécessité de réaliser d'autres essais randomisés avant de recommander ce type de prise en charge (49).

La bibliothérapie a également été proposée dans l'aide aux parents pour les troubles du comportement des enfants d'âge pré-scolaire et les difficultés d'éducation. En Allemagne on trouve ainsi une belle étude qui a randomisé 69 familles dans ce cadre-là, entre un groupe contrôle et un groupe traité par bibliothérapie (livret de type « self-help »), avec en plus un suivi minimal en consultation. Après six mois, il était mis en évidence une diminution significative des problèmes comportementaux chez les enfants ainsi que des pratiques parentales « dysfonctionnelles » (50).

Dans l'éducation, on relève plusieurs articles d'expérimentation de la bibliothérapie pour aider les étudiants dans leurs difficultés. L'initiative de James W. Forgan montre que les étudiants peuvent être améliorés par un programme dit « proactive problem solver » par bibliothérapie avec un accompagnement en consultation (51). Un autre programme a été mené chez 20 étudiants : une liste de lecture de 16 livres est donnée afin d'étudier les thèmes abordés et les personnages, dans le but d'aider les étudiants dans la gestion des problèmes sociaux et émotionnels. Les résultats étaient exprimés de manière qualitative et cela semblait apporter une aide pour s'exprimer à propos des « enfances troublées » et aborder certains thèmes difficiles (52).

Tout comme chez l'adulte, la bibliothérapie a été testée pour la dépression chez des adolescents évalués comme à haut-risque de dépression grave. L'utilisation en intervention courte a été étudiée dans un essai randomisé chez 341 sujets. La bibliothérapie était comparée à un groupe contrôle, une thérapie cognitivo-comportementale courte et un soutien en thérapie de groupe. A six mois, si la thérapie individuelle montrait les meilleurs résultats, la bibliothérapie était efficace pour les symptômes dépressifs. Dans toutes les modalités d'intervention, le risque de dépression à six mois était significativement diminué (53).

Dans l'enseignement, on trouve également une étude en 1991 au cours de laquelle un groupe de 121 lycéens pris en charge par bibliothérapie pour des problèmes d'anxiété est comparé à un groupe pris en charge par contacts téléphoniques, et à un groupe contrôle (54). Les deux types d'interventions étaient significativement plus efficaces que le groupe contrôle, sans que l'une soit meilleure que l'autre. Une autre expérience a été menée pour soulager l'angoisse liée aux mathématiques chez des lycéens, avec des résultats positifs (55).

Chez les enfants a été réalisée une étude randomisée contrôlée. 267 enfants de 6 à 12 ans présentant un trouble anxieux sont inclus, ainsi que leurs parents. Trois groupes sont comparés : prise en charge par bibliothérapie seule, traitement psychothérapique conventionnel, et un groupe non traité (56). Dans le groupe traité par bibliothérapie seule, sans intervention d'un thérapeute, le nombre d'enfants présentant des symptômes anxieux après 12 et 24 semaines de traitement diminue de 15%. Les auteurs arguent pour une

dissémination de ce type de traitement déjà utilisé de façon empirique chez les enfants anxieux.

Un autre type d'initiative basée sur l'utilisation des livres est à signaler. En sortant du cadre de la consultation médicale, il est intéressant de voir ce qu'il a pu être imaginé pour améliorer divers troubles. Notons ce travail mené en collaboration entre un service de pédiatrie et une bibliothèque publique (57). Des contes thérapeutiques sont utilisés depuis plusieurs années lors d'animations de groupe. La lecture est faite par un thérapeute, en y joignant des jeux. Ce travail médico-éducatif permet de développer la communication, l'estime de soi, la capacité à trouver des alternatives à un problème. Cela développe sur le long terme le goût pour la culture et diminue les troubles du comportement comme la timidité excessive, les comportements impulsifs, l'hyperactivité, les problèmes de sommeil et sphinctériens. Après un suivi de 5 ans, 80% des enfants étaient considérés comme ayant eu une évolution « bonne ».

Signalons également une étude menée par l'INSEE en 2001 qui visait à établir le profil des lecteurs en fonction de leurs habitudes dans l'enfance. D'après cette enquête, 27% des français sont des « gros » lecteurs (plus de un livre par mois), dont deux tiers de femmes. La période de la préadolescence (8-12ans) est considérée comme charnière du fait de la convergence des influences familiale, scolaire et sociale. En effet, les deux-tiers des gros lecteurs l'étaient déjà à 12 ans, alors que la moitié des non-lecteurs adultes ne lisaient déjà pas enfants. Le fait d'avoir lu dans l'enfance augmente nettement le « risque » de lire à l'âge adulte. Mais le facteur le plus net est le cadre familial : quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle, l'échange et la discussion autour de la lecture sont hautement prédictifs de l'activité de lecture à l'âge adulte, ainsi que le fait d'avoir une activité culturelle le mercredi. Ce rapport, s'il sort de la littérature médicale conventionnelle, n'en est pas moins intéressant pour notre sujet. Encourager un enfant à lire et sensibiliser les parents dans cette démarche fait aussi partie du rôle du médecin si l'on considère que la lecture permet l'acquisition de défenses psychologiques contre les événements de vie (58).

Il est difficile d'avoir une impression générale de l'utilisation de la bibliothérapie chez les enfants et les adolescents tant les méthodes utilisées sont variées. Si certains travaux

sortent du champ des soins primaires, il est toujours pertinent de savoir comment l'outil peut être adapté selon les intervenants et les modalités d'administration d'un contenu, d'un savoir. Les sciences de l'enseignement nous apprennent beaucoup à ce sujet-là, car elles se penchent spécifiquement sur la manière d'administrer un contenu plus que sur les résultats constatés quantitativement.

III-5 – Problème avec l'alcool

Deux équipes se sont intéressées à la bibliothérapie pour les problèmes de consommation d'alcool chez l'adulte. T. Apodaca a, le premier, publié deux études marquantes.

L'une est une étude pilote effectuée randomisée dans un centre de traumatologie. La bibliothérapie était administrée chez 40 patients hospitalisés suite à un accident lié à une consommation d'alcool lors d'un entretien de 5 minutes. L'efficacité était comparée avec un entretien où seule une évaluation de la consommation était faite (59). Si on observait une efficacité comparable entre les deux groupes traités en terme de diminution de consommation, 40% des patients qui ont reçu le support écrit ont par la suite cherché à poursuivre un traitement, contre seulement 13% des patients du groupe contrôle. Ce petit échantillon est prometteur quant à l'efficacité d'une intervention courte par bibliothérapie dans les problèmes d'alcool.

L'autre est une méta-analyse reprenant 22 études évaluant les livres « self-help » comme une technique d'intervention courte pour les problèmes d'alcool. Les résultats sont en faveur d'une utilisation efficiente, notamment chez les buveurs excessifs qui sont en demande de soin (60). Chez les buveurs excessifs dépistés lors d'une visite systématique cet effet est moins marqué mais existe toujours.

Dans cette indication, les publications plus récentes se sont là aussi orientées vers un traitement délivré par Internet. Les principaux travaux sont ceux de l'équipe de H. Riper qui a mené en 2008 deux essais randomisés. Un suivi de six mois, uniquement par Internet, était efficace sur la consommation d'alcool avec une diminution de 17% contre 5,4% pour le

groupe contrôle (IC=95% [1,3-10,8] ; $p=0,006$) (61). Puis une seconde étude randomisée analysait l'efficacité d'un « self-help service » par internet, disponible en ligne 24 heures sur 24 et sans accompagnement individuel (62). Après 12 mois de suivi chez 261 sujets, une efficacité hétérogène mais significative est obtenue. L'auteur préconise ce type d'approche en première intention, en l'intégrant dans une prise en charge étagée en population générale.

En conclusion, les travaux avancent l'idée que la bibliothérapie est une modalité d'intervention courte efficace dans la prise en charge initiale des troubles de l'alcool.

III-6 – Troubles du sommeil

Plusieurs protocoles testant l'efficacité de la bibliothérapie dans les troubles du sommeil ont été étudiés depuis ces quinze dernières années. Nous rapportons ici les études marquantes. En 1999, un support écrit (livret) est donné à un groupe de sujets dont la moitié avaient en plus un entretien téléphonique hebdomadaire (63). Après six semaines de traitement, les paramètres de quantité et de qualité du sommeil étaient significativement améliorés, de façon comparable dans les deux groupes et significativement plus que le groupe contrôle.

Une autre méthode d'application consiste à utiliser les livres et la télévision (support vidéo). 247 sujets ont été inclus dans une étude randomisée contrôlée pendant six semaines (64). L'intervention testée est la lecture d'un livre puis le visionnage d'un DVD par semaine pendant six semaines. Cette étude ne retrouvait pas d'amélioration significative objective, mais l'auto-évaluation de la qualité du sommeil et de la qualité de vie était sensiblement améliorée dans le groupe traité. Si le sommeil n'est pas amélioré, la bibliothérapie permettrait de mieux faire face aux problèmes d'insomnie. Toutefois la même équipe publie en 2009 une méta-analyse de dix essais incluant un total de 1000 patients (65). D'après cette analyse, le sommeil est amélioré de façon modérée, la durée d'endormissement et les réveils précoces sont diminués, mais le temps total de sommeil n'est pas augmenté. Les

effets sont maintenus dans le temps et ne sont pas inférieurs à un traitement psychothérapique en entretien.

Là encore, la littérature abonde concernant les interventions par Internet. La plus récente concerne 45 sujets inclus dans un essai contrôlé avec analyse en intention de traiter (66). Les réveils précoces et la qualité du sommeil sont améliorés de façon durable après six mois de recul.

Pour conclure sur les effets de la bibliothérapie dans la prise en charge des troubles du sommeil, les essais réalisés rendent compte d'une bonne efficacité sur la qualité du sommeil perçue et les réveils précoces. Les résultats sont contradictoires sur la quantité de sommeil.

III-7 – Données qualitatives

Citons enfin différents travaux de disciplines différentes, afin de tenter d'embrasser le large horizon qui s'offre au livre lorsqu'il est utilisé comme support de soin en santé mentale.

Les psychothérapeutes ont déjà réalisé plusieurs travaux qualitatifs à propos de la bibliothérapie. Une bonne relation entre le client et le thérapeute étant une condition nécessaire à l'instauration d'une relation thérapeutique, l'utilisation de chaque outil de travail et de communication est étudiée en détail. La bibliothérapie augmente l'estime de soi, limite la dépendance du client envers le thérapeute, augmente l'accessibilité aux traitements psychologiques et permet une meilleure dissémination d'intervention (67). Elle permet également le recours à un traitement de manière périodique à domicile, puisqu'il s'agit de consulter un ouvrage à la demande quand le besoin s'en fait sentir.

Le lien entre la bibliothérapie et l'alliance thérapeutique a fait l'objet d'un mémoire remarquable dont nous nous servons ici pour en imaginer le prolongement dans le cadre de la médecine générale (67). Alliance thérapeutique et accès aux soins sont deux paramètres fondamentaux dans la relation qui unit le médecin généraliste au patient, tout comme dans

la relation qui unit le thérapeute à son client. La relation de collaboration est la meilleure qui soit puisqu'elle confère au patient une certaine autonomie qui est la condition de l'expression des buts et des compétences du patient, moteurs de la relation thérapeutique. En administrant un traitement par la lecture, le patient acquiert des compétences et se hisse ainsi naturellement en tant que collaborateur de la relation. On distingue cinq principes pour la mise en place d'une relation de coopération : le partenariat, l'alternance, la concertation, la non-ingérence et la responsabilisation. L'auteur démontre que la bibliothérapie répond à tous ces principes, démontrant par là-même que la bibliothérapie, par son mécanisme d'action, renforce l'alliance thérapeutique (67).

IV – JUSTIFICATION ET PLACE EN MEDECINE GENERALE

La mise en place d'une bibliothérapie en médecine générale dans la prise en charge des troubles de santé mentale est soumise à deux paramètres. D'une part, l'apport d'un nouvel outil thérapeutique dans les troubles psychiques se justifie par leur importance en soins primaires. D'autre part, il s'agit de savoir si la lecture est un outil applicable et nous verrons quelles données sont disponibles à ce sujet. Enfin nous parlerons des différents types d'interventions thérapeutiques possibles en soins primaires.

IV-1 – Les troubles de santé mentale en médecine générale

Les médecins généralistes voient en consultation chaque année 88,7% de la population générale. Ce chiffre atteint 95% chez les 60-79 ans, et il est le plus faible chez les 25-39 ans avec tout de même 84% (Etude de l'INSEE de 2005) (68).

Parmi les motifs de consultation les troubles de santé mentale occupent une place importante. D'après l'enquête INVS en 2007 sur la santé des populations, il y aurait dans la population générale 11% des hommes et 16% des femmes présentant des troubles de l'humeur, 17% des hommes et 25% des femmes présentant un trouble anxieux (1). Par ailleurs 7% des hommes auraient un problème de consommation d'alcool. Ces troubles génèrent une fréquence d'interruption de travail allant de 12% pour l'anxiété chez les hommes à 37% pour les troubles de l'humeur chez les femmes. On peut souligner la représentativité de cette enquête menée sur un échantillon de 36000 personnes.

Face à ces problèmes, les personnes concernées ne réagissent pas toutes de la même façon. Les études permanentes « Baromètre Santé » et « Santé mentale en Population Générale » décrivent les comportements de la population confrontée à un problème psychologique ou psychiatrique. Il est intéressant de noter que la part des personnes ayant présenté un épisode de dépression en France entre 18 et 75 ans et qui n'ont pas eu recours aux soins se situe entre 40 et 62% selon les études. Pour ces personnes qui échappent donc

à tout contact sanitaire, les risques sont multiples. Ces sujets peuvent évoluer vers une forme plus grave du trouble sans surveillance, ou bien surconsommer des psychotropes sans suivi médical. L'absence de suivi signifie également l'absence de stratégie de prévention du risque suicidaire et des rechutes pour la dépression ou le risque de pérennisation de certains troubles, notamment phobiques (69). On retrouve ces mêmes problèmes dans d'autres pays, par exemple au Pays-Bas où 60% des personnes ayant un trouble anxieux n'auraient aucun soin (chiffre en Hollande) (70).

Du côté des médecins généralistes, les données 2007 de l'Observatoire de la Médecine Générale, qui recueille et analyse les Résultats de Consultation (RC) des médecins de premiers recours participant à cette enquête permanente, sont intéressantes (71). On trouve parmi les résultats de consultation les plus fréquents « Insomnie » (2.97% des actes), « Réaction à situation éprouvante » (2.68% des actes), « Dépression » (2.58% des actes), « Humeur dépressive » (2.51% des actes), « Anxiété, angoisse » (2.46% des actes) et « Problème avec l'alcool » (1.41% des actes). En cumulant ces résultats de consultation de la catégorie « Psychisme » qui nous intéresse, nous obtenons 14.58% des actes en médecine générale qui sont liés à un trouble de santé mentale. En reprenant les données en fonction des patients, on retrouve en premier « réaction à situation éprouvante » (4.32% des patients), puis « insomnie » (3.46%), « Anxiété-angoisse » (3.19%), « humeur dépressive » (2.60%), « Dépression » (2.29%), « Problème avec l'alcool » (1.23%), soit en additionnant ces pourcentages de patient une population cible de 17% des patients en médecine générale. Les cumuls de pourcentage sont surestimés car un même patient peut cumuler plusieurs résultats de consultation.

Résultat de Consultation	Pourcentage d'actes	Pourcentage de patients
Réaction à situation éprouvante	2.68	4.32
Insomnie	2.97	3.46
Anxiété-Angoisse	2.46	3.19
Humeur dépressive	2.51	2.60
Dépression	2.58	2.29
Problème avec l'alcool	1.41	1.23

Figure 1: part en pourcentage d'actes et de patients des résultats de consultation en rapport avec les troubles de santé mentale. (Source : Observatoire de la médecine générale (SFMG).

Une autre étude permanente menée par l'INSEE sur les motifs de consultation des médecins libéraux en France montre que la part des « troubles mentaux » atteint 16.3% chez les hommes entre 25 et 64ans et 18.1% chez les femmes dans la même tranche d'âge (72). Cette famille de motifs de consultation est en quatrième position chez les hommes, en deuxième position chez les femmes. Ces chiffres sont bien différents après 65 ans où les troubles ostéo-articulaires et les maladies métaboliques occupent une bonne part des consultations. Mais les troubles mentaux sont retrouvés dans 8% des cas chez les hommes, et 14% chez les femmes.

	De 25 à 64 ans		65 ans ou plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ensemble des pathologies, dont	154,6	155,7	223,4	229,9
Maladies cardio-vasculaires	19,9	15	63,1	59,8
Symptômes et états morbides mal définis	15,6	16,5	26,2	27,8
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	14	9,4	27,9	25,8
Maladies ostéoarticulaires	17,1	14,4	17,4	28
Troubles mentaux	16,3	18,1	8,6	14,4
Prévention et motifs administratifs	12,2	21,6	12,4	11,2
Maladies de l'appareil digestif	7	6	11,4	12,2
Maladies de l'appareil respiratoire	16,5	13,6	12,9	9,7
Maladies du système nerveux	5,4	6,1	9,2	10,7
Maladies ophtalmologiques	7,7	6,8	8	9,2
Maladies des organes génito-urinaires	2,3	8	9,2	3,8
Maladies de la peau	5,3	5,7	4,8	4,8
Maladies infectieuses et parasitaires	6	5,7	3,3	3,8
Lésions traumatiques	5,4	3,3	2,7	3,2
Tumeurs	0,6	0,7	3	1,9

Figure 2: Principaux motifs de recours aux médecins libéraux ou diagnostics selon l'âge et le sexe du 01/09/2005 au 31/08/2006.

La population cible de la bibliothérapie est donc large, puisque la plupart des troubles psychiques peuvent être améliorés par elle. Les médecins généralistes savent l'importance des problèmes psychiques en pratique courante. Il existe un continuum dans les troubles psychologiques dont le médecin de premier recours s'accommode en permanence pour

s'adapter au contexte bio-psycho-social. Difficulté passagère mineure, trouble psychiatrique grave, comportement du patient révélateur d'un trouble : la psychologie et la communication font partie de la consultation de médecine générale et la frontière entre les réactions normales et les comportements pathologiques est difficile à cerner.

La bibliothérapie peut être une réponse adaptée au sein d'un arsenal thérapeutique qui s'inscrit dans ce continuum. Elle permet d'acter une souffrance ou d'amener le patient vers une meilleure façon d'aborder le problème. Elle est une réponse empathique qui ne laisse pas vide l'espace qui sépare l'abstention thérapeutique du déni du trouble et une prise en charge spécialisée non indiquée ou peu accessible.

Notre discours n'est pas de défendre l'idée qu'il faut surmédicaliser et suivre toutes plaintes psychologiques en population générale. Toutefois une part des patients ne bénéficient pas toujours d'une bonne prise en charge, notamment psychothérapeutique. Chez ceux-là, l'approche par la bibliothérapie peut être précieuse.

L'application en pratique courante de la bibliothérapie est conditionnée par ailleurs par un élément simple : les français sont-ils des lecteurs ?

II-2 –Le patient e(s)t le lecteur

Afin de juger de la pertinence de l'utilisation de la bibliothérapie en pratique courante de médecine générale, nous avons cherché à connaître les habitudes des Français vis-à-vis de la lecture en général. Que le lecteur ne soit pas surpris par ces données qui s'éloignent de la problématique mais qu'il nous semble indispensable de préciser, car le scepticisme spontané à l'évocation de la bibliothérapie est sous-tendu par l'idée que personne ne lit, et qu'aucun patient n'accepterait d'acheter un livre si celui-ci n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

Plusieurs rapports nous éclairent à ce sujet.

Le ministère de la culture publie chaque année un rapport statistique. Les données 2008 sont disponibles (« Chiffres Clés 2008 : Statistiques de la culture »). On peut y lire qu'en

2005, 48% des hommes et 67% des femmes ont lu au moins un livre au cours des 12 derniers mois. Dans la population générale, 15% des gens lisent au moins un livre par mois.

On observe des disparités en fonction des catégories socioprofessionnelles : concernant les personnes déclarant lire un livre par mois en moyenne, on en trouve 29% parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures, 18% pour les professions intermédiaires, 12% pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 16 à 17% pour les inactifs et retraités, et 15% pour les employés (73).

Des différences sont également pointées en fonction de l'âge et du sexe. Les tableaux ci-dessous sont extraits de l'enquête permanente de l'INSEE sur les conditions de vie (74).

Il ressort de ces données que la très grande majorité des individus ont accès à la lecture. Les catégories qui lisent le moins sont les agriculteurs (69% à moins d'un livre par an) et les ouvriers (67%). S'il existe des fortes disparités selon les catégories socioprofessionnelles, on ne peut écarter l'idée du conseil de lecture par l'absence de lecteurs dans la population et chez les patients; 58% de la population générale a lu au moins un livre au cours de douze derniers mois.

Combien de livres lus par an ?	2005		
	Femmes	Hommes	Ensemble
15-24 ans			
Aucun	21	44	32
moins de 6	41	39	40
de 6 à moins de 12	20	10	15
de 12 à 24 (entre 1 et 2 par mois)	10	3	6
plus de 24 (plus de 2 par mois)	8	4	6
25-39 ans			
Aucun	28	53	41
moins de 6	38	25	31
de 6 à moins de 12	18	13	15
de 12 à 24 (entre 1 et 2 par mois)	10	7	9
plus de 24 (plus de 2 par mois)	6	3	4
40-59 ans			
Aucun	36	52	43
moins de 6	24	26	25
de 6 à moins de 12	16	12	14
de 12 à 24 (entre 1 et 2 par mois)	12	6	9
plus de 24 (plus de 2 par mois)	13	5	9
60 ans ou plus			
Aucun	40	58	48
moins de 6	26	21	23
de 6 à moins de 12	15	10	13
de 12 à 24 (entre 1 et 2 par mois)	9	6	8
plus de 24 (plus de 2 par mois)	11	7	9
Ensemble			
Aucun	33	52	42
moins de 6	30	27	28
de 6 à moins de 12	17	11	14
de 12 à 24 (entre 1 et 2 par mois)	11	6	8
plus de 24 (plus de 2 par mois)	10	5	7

Figure 3: Lecture d'un livre selon l'âge et le sexe au cours des douze derniers mois (en pourcentage).

Source : Insee, enquête permanente sur les conditions de vie 2005.

en %

Combien de livres lus environ au cours des douze derniers mois?	2005			
	Au moins un livre	<i>dont : Un livre par mois ou plus</i>	<i>dont : Moins d'un livre par mois</i>	Aucun livre
Agriculteurs exploitants	31	9	21	69
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	49	12	37	51
Cadres et professions intellectuelles supérieures	83	29	54	17
Professions intermédiaires	70	18	52	30
Employés	62	15	47	38
Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)	33	5	29	67
Retraités	52	17	35	48
Autres inactifs	66	16	50	34
Ensemble	58	15	42	42
Rapport Cadres / Ouvriers	2,49	6,14	1,89	0,26

En 2005, 33% des ouvriers ont lu au moins un livre au cours des douze derniers mois.

Figure 4 Lecture de livres au cours des douze derniers mois. Source : Insee, enquêtes permanentes sur les conditions de vie, de 1999 à 2005 (73).

L'autre condition à l'application de la bibliothérapie en médecine générale est la question du coût. Acheter un livre n'est pas toujours chose aisée pour qui ne lit jamais. Toutefois les statistiques nous offrent une vision optimiste quant à la capacité de dépense pour les livres. Les dépenses des ménages pour la consommation de livres était d'environ 3.6 milliards d'euros en 2007, devant les journaux, les vidéos, le cinéma et les disques (75). C'est dans le secteur du livre qu'on observe la plus forte croissance depuis 2004 (+24%).

IV-3 – Interventions par la lecture en médecine générale

IV-3-1 – Indications

La bibliothérapie en médecine générale est applicable selon notre sens dans les troubles de santé mentale qui ne touchent pas tout le champ de la pensée. Il faut nécessairement que des ressources psychiques restent saines pour rendre possible le processus cognitif impulsé par la lecture. La dépression mélancolique et les troubles psychotiques, par exemple, ne sont pas des bonnes indications.

- Soins en santé mentale.

La dysthymie, les troubles anxieux, phobiques et les insomnies sont accessibles à une prise en charge par bibliothérapie (12, 13, 23, 32, 33, 35, 65). La littérature citée plus haut nous a montré que la lecture d'un ouvrage de thérapie cognitive et comportementale auto-administrée (« self-help book ») ponctuée de consultations régulières a une efficacité sur ces troubles. Ce protocole de soin est applicable en pratique courante par le médecin traitant dans le traitement de ces troubles.

- Prévention secondaire des troubles psychiques.

La bibliothérapie se prête également à une forme de prévention en santé mentale. Pour les patients qu'on juge à risque de développer un trouble thymique par exemple, ou ceux chez qui plusieurs évènements vulnérabilisants sont susceptibles de déclencher une pathologie psychiatrique, la bibliothérapie est une aide disponible « à la demande », dans l'environnement du patient. Au besoin, une « dose » de lecture auto-administrée permet de maintenir son état. La prévention s'applique tout particulièrement pour les rechutes ou récurrences dépressives : une fois passé l'épisode dépressif en lui-même, le patient va devoir adopter des stratégies de protection afin de prévenir une rechute lors prochain évènement de vie vulnérabilisant. La bibliothérapie offre le soutien et fait ressurgir à la surface les défenses dont le patient a besoin.

- La bibliothérapie comme outil en prévention primaire.

En amont de la prise en charge du trouble et de la prévention des rechutes, la bibliothérapie est applicable dans la prévention primaire en santé mentale, c'est-à-dire en amont de l'apparition d'un trouble grave. On peut alors parler d'éducation en santé mentale. L'éducation thérapeutique est une chose bien acceptée et efficace dans la prise en charge de maladies chroniques telles que l'asthme ou le diabète. Elle est inscrite dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 22 Juillet 2009 où trois niveaux d'activités sont intriqués : l'éducation du patient à la santé, l'éducation du patient à sa maladie, et les programmes d'apprentissage (76). Le principe de l'éducation thérapeutique est applicable pour les troubles de santé mentale. Il s'agit de maladies chroniques et potentiellement graves. De plus, puisque les acteurs en santé mentale ont une place importante dans la prise en charge

des pathologies somatiques (par exemple les psychologues dans l'obésité), il paraît opportun que les mêmes méthodes soient employées pour les troubles mentaux. On peut imaginer que la bibliothérapie puisse être employée comme un outil d'éducation en santé mentale. « Education à la maladie » et « programme d'apprentissage » : les ouvrages de bibliothérapie ne font pas autre chose que cela. Les psychothérapies et ouvrages psycho-éducatifs dans l'asthme et le diabète ont leur place, il est alors étonnant de remarquer qu'on ne parle pas d'éducation en santé mentale alors même que les techniques employées sont les mêmes : l'hygiène de vie s'adresse aussi à la santé mentale.

Enfin une dernière indication particulière concerne les troubles de santé mentale en lien avec le travail. Stress, anxiété, troubles du sommeil : les problèmes liés à l'activité professionnelle sont nombreux et il existe des outils en bibliothérapie spécifiquement développés pour diminuer cette souffrance.

En Annexe 6 nous donnons à titre d'exemple une liste d'ouvrages utilisés par un médecin généraliste dans laquelle il puise ses conseils de lecture en consultation.

IV-3-2 – Modalités de « prescription »

Dans le cadre de la consultation de médecine générale, nous voyons trois modalités de prescription d'une bibliothérapie.

En premier lieu, le conseil de lecture non spécifique. La lecture est ici conseillée comme un moyen de s'extraire des difficultés, ou pour amener le patient à mieux comprendre son problème ; le livre est alors utilisé comme un outil récréatif qui va simplement permettre au patient de concentrer son activité cognitive sur autre chose que son anxiété, ses troubles de l'humeur, ses problèmes au travail. Ceci ne demande pas, pour le « prescripteur », de connaissances littéraires particulières. Le praticien puise dans ses propres lectures pour conseiller le patient, de la même manière qu'il demande au patient s'il a déjà pensé à arrêter de fumer. Ce mode d'intervention n'a pas fait l'objet d'une validation et nous avons vu qu'il n'existe que très peu de publications concernant l'utilisation du répertoire général. Mais on peut penser que si la consigne est suivie, le patient peut en tirer

un bénéfice, tout comme avec les autres formes d'intervention courte pour l'arrêt du tabac ou de l'alcool. Proposer un livre c'est tenter d'amener le patient vers un questionnement, une explication, un soutien : c'est déjà agir et soigner.

En deuxième lieu, le conseil orienté sur la résolution d'un problème. Pour exemple nous développons ce qu'il nous a été donné de voir en pratique lors de la formation en maîtrise de stage. Au cours d'une consultation de suivi systématique d'une dyslipidémie, les questions multiples et les inquiétudes exprimées par le patient, à propos de ses analyses sanguines, sont relevées par le praticien qui évoque le tempérament anxieux du sujet. La consultation prend alors un nouvel aspect, avec l'expression par le patient de manifestations diverses de son trouble anxieux dont il n'avait pas parlé jusqu'alors : problèmes de sommeil et des difficultés pour accomplir certaines tâches au travail. Il lui est demandé s'il lit et dans la foulée il lui est proposé la lecture de « Imparfait, libre et heureux » de C. André. La consultation n'est pas centrée sur l'anxiété. Mais le simple fait d'avoir relevé le problème et de proposer quelque chose permet de prendre acte de la personnalité du patient tout en laissant le temps et la liberté au patient. Le rendement de ce type d'intervention est à évaluer, mais le retour des patients qui ont suivi la consigne est positif. Ce conseil de lecture est un acte empathique qui par ailleurs peut être perçu comme gratifiant pour le patient dont le praticien reconnaît ses capacités. On retrouve là le principe d'autonomie. Ce type d'intervention courte nécessite de connaître quelques ouvrages. Les livres « grand public » de psychologie sont adaptés à ce cas de figure. Explications sur les émotions, sur l'affirmation de soi, l'estime de soi, les pensées automatiques négatives. En inoculant par la lecture des notions théoriques on agit de manière non intrusive, sans surmédicaliser un problème mineur mais en prenant en compte la plainte du patient. Contribuer à faire comprendre et gérer des troubles mineurs est une forme de prévention en santé mentale, comme nous l'avons vu précédemment.

Enfin, lorsque les troubles sont marqués soit par leur gravité soit par leurs conséquences dans la vie quotidienne, on aborde la bibliothérapie telle qu'elle a été étudiée dans les essais cliniques. La prise en charge comprend un suivi en consultation classique associé à la lecture d'un livre spécifiquement écrit pour la gestion d'un problème ; pour exemple les phobies spécifiques. Les médecins généralistes n'ont pas toujours le temps ni la formation pour pratiquer une thérapie en consultation de médecine générale. La

bibliothérapie encadrée à l'aide d'un « self-help book » est alors indiquée, elle permet l'accès au contenu de la thérapie tout en laissant au patient son autonomie. Les consultations permettent le suivi du traitement médicamenteux, elles permettent de répondre aux questions, mais le fond de l'enseignement est délivré par le livre. Il faut bien sûr avoir connaissance du contenu pour pouvoir en discuter avec le patient. Le livre est un « pont thérapeutique » entre deux consultations, délivrant un enseignement au cours d'une « psychothérapie à libération prolongée » et encadrée par des entretiens de « renfort » lors des consultations.

La démarche doit être expliquée au patient afin que celle-ci ne soit pas perçue comme incongrue, « gadget » pour mieux négliger le problème. Comme toute intervention thérapeutique non médicamenteuse, on doit pouvoir affirmer que la bibliothérapie a fait la preuve de son efficacité et que cet instrument peut être la première marche d'un traitement psychothérapique de fond que vient compléter un éventuel traitement médicamenteux.

Il est donc important de connaître les modalités d'utilisation qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Il n'appartient qu'aux acteurs concernés de s'approprier cet outil perçu comme nouveau en soin primaire.

IV-3-3 – « Self-help » ou fictions ?

Les essais cliniques catalogués plus haut utilisent tous des livres de type « self-help book », livres d'aide à soi-même. Le contenu est issu du courant de pensée cognitivo-comportemental. Les raisons de ce monopole est que le contenu du modèle cognitif et comportemental et des techniques de TCC est transposable à l'écrit et jouissent d'une validité expérimentale et neurobiologique (cf. Chap. II).

Pour ces raisons les « self-help » sont largement utilisés dans les essais. Ils sont le prolongement écrit d'une thérapie qui ne laisse que peu de place à l'interprétation et au questionnement. Le livre n'est qu'un canal de diffusion comme un autre pour administrer au patient la connaissance de la méthode. Ces ouvrages sont bien adaptés dans la prise en charge et dans la prévention primaire et secondaire en santé mentale, car les techniques de « développement personnel » sont similaires aux techniques de thérapie. Leur utilisation est donc légitime, y compris en soin primaire.

Concernant la place des ouvrages du répertoire général, une évaluation quantitative semble illusoire et nous nous en tenons aux théories philosophiques et des sciences du langage évoquées précédemment. La méthodologie des essais évaluant les « self-help » ne permet pas d'aborder l'effet d'autres types de lectures : romans, fictions, biographies, etc. Trop hétérogène et non reproductible, le contenu des livres du répertoire général ne peut être abordé que sous un angle qualitatif, comme nous le verrons en dernier chapitre. Auparavant il importe de connaître le sentiment des médecins sur la bibliothérapie. L'application de la bibliothérapie par le médecin traitant est conditionnée par l'image qu'ont les médecins d'une approche des troubles de santé mentale et de leur prise en charge. L'enquête d'opinion réalisée que nous présentons ci-après nous éclaire sur la perception qu'ont les médecins de famille de cette nouvelle approche.

V- ENQUETE D'OPINION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

V-1 – Problématique

La bibliothérapie n'est pas un outil actuellement connu et diffusé dans le monde médical, malgré une efficacité démontrée en psychologie clinique par des essais contrôlés dans le traitement des troubles de santé mentale rencontrés en médecine générale. Cette pratique pourrait avoir un intérêt en médecine générale car les troubles de santé mentale représentent une forte proportion des motifs de consultation. La première condition à l'application de cette pratique en médecine générale est l'acceptabilité de cette nouvelle méthode de soin par les praticiens. En effet, la vision de la bibliothérapie est celle d'une pratique décalée par rapport à l'exercice conventionnel en médecine, outil incongru dont l'efficacité ne peut être montrée. Pourtant le conseil de lecture est utilisé empiriquement par certains médecins généralistes qui croient a priori en un bénéfice. Considérant la lecture comme une intervention thérapeutique, ces praticiens manient empiriquement la bibliothérapie en puisant dans leurs propres lectures (Annexe 6).

Il est important connaître le niveau de connaissance des techniques de bibliothérapie parmi les médecins, et également la perception qu'ont les praticiens d'une telle technique qui, nous le rappelons, est considérée a priori comme décalée, hors du champ de la médecine générale, et inapplicable car non validée. L'objectif de cette enquête qualitative est d'étudier les représentations à propos de l'application de la bibliothérapie en médecine générale par les praticiens concernés, et de connaître la proportion de médecins qui pratiquent déjà une forme de bibliothérapie de manière individuelle et empirique.

V-2 – Méthode

Pour répondre à la problématique, une enquête d'opinion a été réalisée. Le recueil de données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire par internet, disponible uniquement en ligne. La population de médecins sondés est composée des médecins généralistes

enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) des facultés de Marseille et de Nice. Le lien vers le questionnaire a été envoyé par courrier électronique. Après avoir rempli le formulaire, le renvoi se fait automatiquement. Ce formulaire est composé de onze questions fermées et deux questions ouvertes. Trois questions démographiques concernent l'âge, le sexe et l'année d'installation. Puis trois questions sont posées pour évaluer, dans la pratique quotidienne de médecine générale, l'importance des troubles de santé mentale selon une échelle numérique d'appréciation de la fréquence de ces troubles. Cinq questions concernent la lecture et la bibliothérapie, afin de connaître les habitudes de lecture des médecins interrogés eux-mêmes, en les confrontant avec leur connaissance et leur expérience dans l'utilisation de la lecture en consultation. Enfin, le questionnaire comporte deux questions ouvertes afin de recueillir des détails sur les ouvrages éventuellement conseillés, et les commentaires des praticiens sur l'idée qui leur est soumise concernant la lecture.

Les données sont stockées anonymement sur un serveur avant d'être importées sous forme de tableurs exploitables.

V-3 – Résultats

Nous avons pu réunir les coordonnées électroniques de 186 médecins, 113 de la faculté de Marseille, 73 de la faculté de Nice. Sur ces 186 médecins, 64 ont rempli le questionnaire en ligne, soit un taux de réponse de 34%.

La population des médecins ayant participé est constituée de 80% d'hommes et donc 20% de femmes. 74% sont installés depuis au moins 20 ans, 69% ont plus de 45 ans. Il s'agit donc d'une population de médecin masculine et relativement âgée.

Afin de rendre compte de l'importance des troubles de santé mentale, une estimation subjective ressentie était demandée en cotant sur une échelle de 1 à 10 la fréquence estimée des troubles de santé mentale parmi les patients suivis. 51% des médecins estiment qu'au moins un patient sur deux présente un trouble de santé mentale. La moyenne est à 4,53 / 10. S'il existe une variabilité importante d'un médecin à l'autre, tous

sont concernés par les troubles de santé mentale. On peut imaginer que certains médecins formés à la psychothérapie, ou ceux intéressés par ce type de problème, sélectionnent avec le temps une patientèle pour qui ces troubles-là sont plus fréquents.

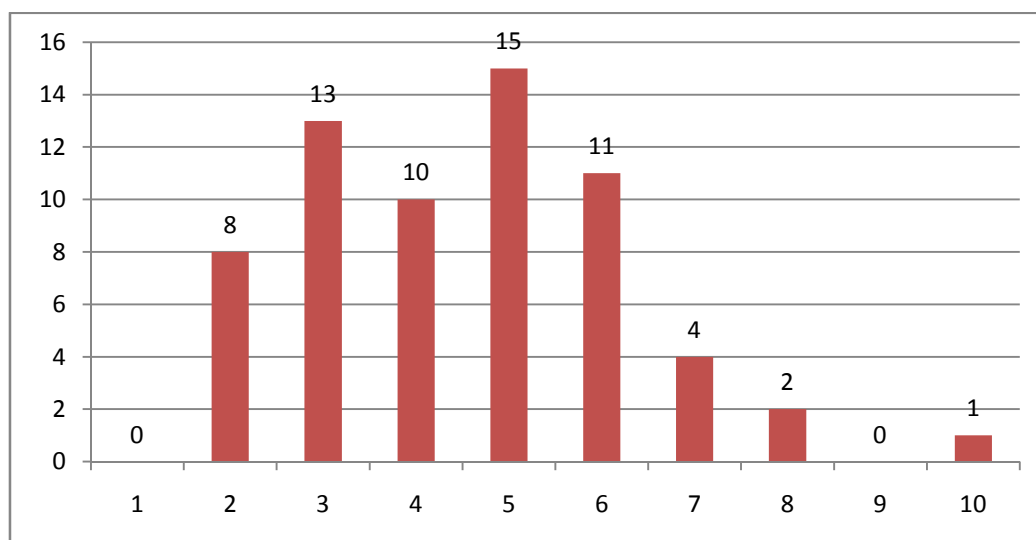


Figure 5: Répartition en valeur absolue de la perception de la fréquence des troubles de santé mentale en soins primaires par échelle numérique de 0 à 10.

Devant une « plainte psychique », 92% des médecins estiment adopter en première intention une « approche psychothérapeutique » du problème. Seulement 5% déclarent prescrire en première intention un traitement médicamenteux. Si la proportion de patients qui consultent pour un problème psychique varie d'un médecin à l'autre, il y a une quasi-unanimité sur l'attitude adoptée en première intention. Ces données confortent l'idée que les médecins de premier recours prennent acte dans leur grande majorité de la composante psychologique dans leurs rapports avec les patients.

Il était demandé « combien de livres lisez-vous par an ? » afin de connaître les habitudes de lecture des médecins interrogés. Avec plus d'un livre par mois, 44% des participants sont des « gros lecteurs », et 61% lisent au moins six livres par an. Deux participants sur 64 déclarent ne lire aucun livre, soit 3%.

Ces résultats ont été comparés avec les chiffres fournis par l'INSEE en population générale (74) par un test du Chi-deux. La population de médecins étudiée est différente de la population générale, et également différente de la catégorie « professions intellectuelles

supérieures » (Chi-deux : 7.9542, ddl=2, p=0.019), catégorie dans laquelle on trouve le plus fort taux de gros lecteurs. Les médecins qui ont répondu sont donc des gros lecteurs au regard des autres catégories socioprofessionnelles.

A la question « connaissez-vous la bibliothérapie », 80% des médecins répondent non.

Interrogés dans leur pratique, 53% ont déjà proposé un « conseil de lecture » dans le cadre d'une consultation de médecine générale, et 73% pensent que la lecture peut être un outil de prévention et de soin en santé mentale. Il existe une différence significative de pratique entre les praticiens hommes et femmes.

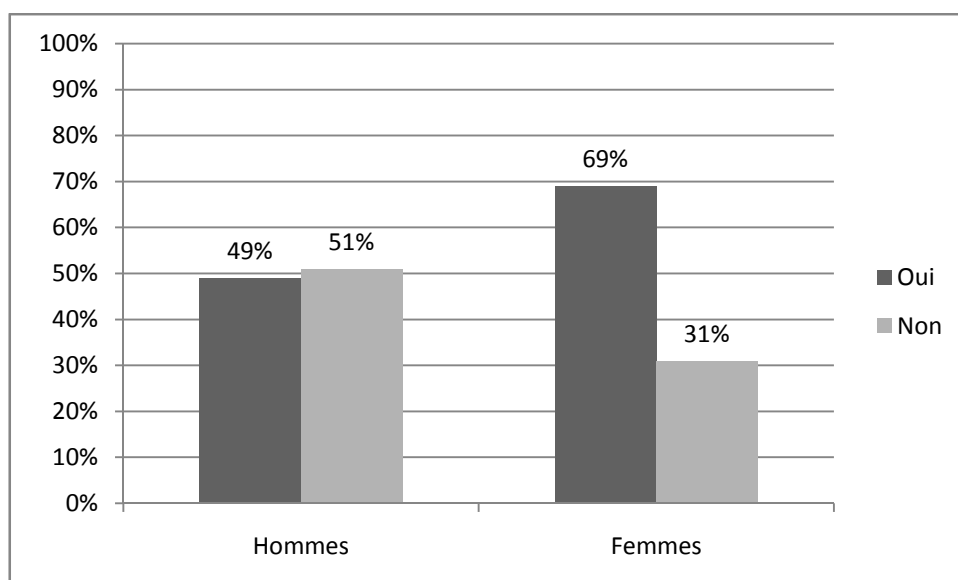


Figure 6: répartition en pourcentage des praticiens ayant ou non conseillé un livre en fonction du sexe

Il semble exister un lien entre la quantité de livres lus par an et le fait de conseiller un livre. Parmi les 28 « gros lecteurs » (plus de un livre par mois), 19 ont déjà conseillé un livre soit 68% d'entre eux. Ce pourcentage est de 46% et 55% pour les lecteurs moyens, 33% pour les petits lecteurs, nul pour ceux qui ne lisent pas. Le tableau ci-dessous rend compte de ces résultats en valeur absolue.

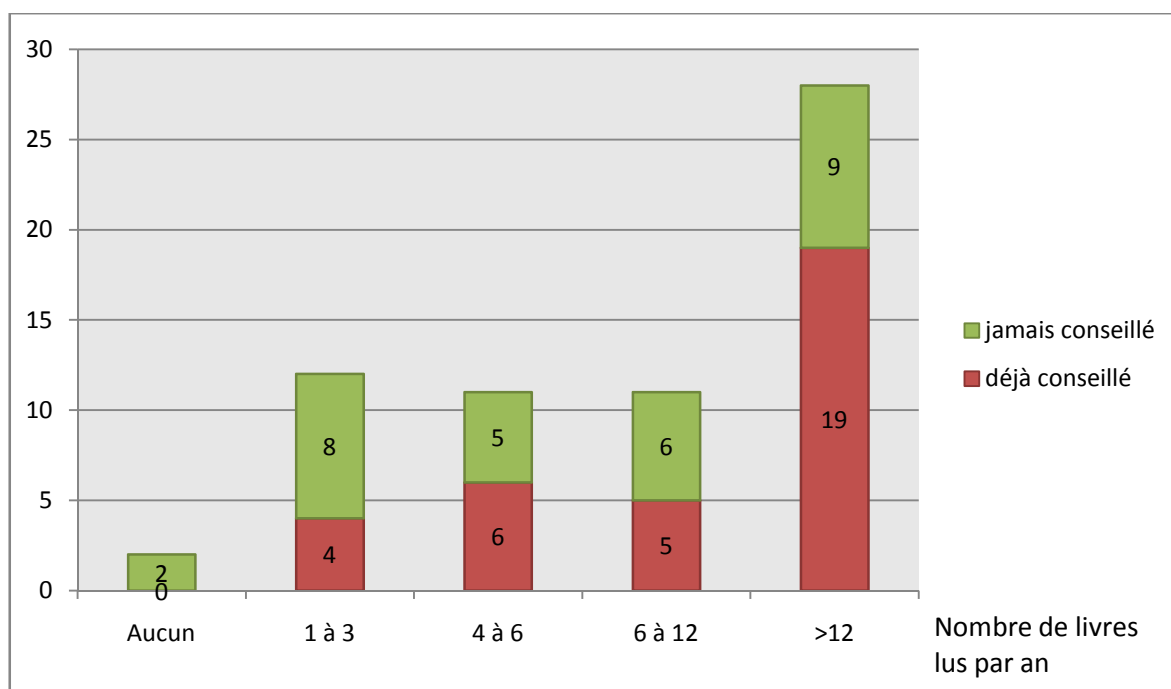


Figure 7: Répartition du nombre de médecins ayant ou non déjà conseillé une lecture en fonction du nombre de livres lus par an par le médecin.

Le test du Chi-deux par la méthode exacte de Fisher a été utilisé pour comparer ces groupes. Il en résulte qu'il n'existe pas de différence significative entre les différents groupes, sauf avec le groupe des non-lecteurs. Mais la tendance observée appelle à une validation sur un échantillon plus important.

V-4 - Analyse des données textuelles

Les praticiens qui déclaraient avoir déjà conseillé un ouvrage à un de leurs patients étaient invités à développer le contexte et les effets observés empiriquement. Après cela, un commentaire libre pouvait être déposé.

Les données textuelles ainsi recueillies ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon une démarche inductive, c'est-à-dire sans concept a priori. Chaque retour d'expérience et chaque commentaire ont été codés en fonction de l'idée principale exprimée. Chaque commentaire peut être codé plusieurs fois s'il existe plusieurs significations. Cette étape de codage fournit une liste de concepts qui sont regroupés par famille thématique.

Il ressort deux thématiques principales et contraires : l'une concerne les doutes et les limites à propos de l'utilisation de la bibliothérapie, la seconde concerne la pertinence d'une idée nouvelle. Nous listons ensuite les ouvrages qui ont été cités par les praticiens afin d'avoir une idée de ce qui est conseillé.

V-4-1 – Doutes et limites

Un premier argument se situe au niveau du décalage par rapport à l'exercice médical. Le principe de la bibliothérapie surprend (« je trouve ceci un peu osé », « surprenant à tout le moins »). C'est l'image du médecin et sa crédibilité qui semblent atteintes (« me semble difficile au niveau crédibilité du médecin »). Proposer une lecture n'est pas du ressort du médecin, c'est déchoir de sa fonction en adhérant à une pratique qui n'a pas de légitimité.

Ensuite il apparaît des doutes quant à l'efficacité de la bibliothérapie et surtout à l'adhésion des patients (« Bénéfices majeurs évidents pour moi, mais peu de répondants : 10% »). L'idée de faire acheter un ouvrage est un obstacle que certains praticiens n'osent pas franchir de peur de mettre le patient devant ses difficultés personnelles. L'accès au livre est perçu également comme difficile et « mal développé ». Le temps de lire n'est pas quelque chose qu'on peut s'offrir facilement et les livres eux-mêmes ne sont pas à la portée de tous dans la vie quotidienne, c'est donc un effort que de devoir trouver un livre.

La lecture est perçue comme une activité intellectuelle qui la met au-dessus des capacités de la plupart des patients. Le conseil de lecture est alors réservé à une petite frange de patients qui possède l'intellect pour lire et comprendre (« mes patients ne lisent pas », « ne concerne à mon avis qu'une faible proportion de patients »). Les patients sont perçus comme une population homogène constituée d'individus ayant en commun un désintérêt pour les livres.

La bibliothérapie est également perçue comme une pratique qui relèverait du placebo (« ne peut être proposé en soin primaire que le soin validé.... ou le placebo »). Cette conception fait de la lecture un acte vain ou en tout cas inutile objectivement. La lecture ne pouvant faire l'objet d'étude, elle reste du ressort de la pratique individuelle ésotérique et

son effet est le fruit de la suggestibilité du patient : une subjective interaction tout comme le placebo.

V-4-2 – Nouveauté et pertinence

Malgré les réserves exprimées, l'idée prédominante est que la bibliothérapie est quelque chose d'inconnu. Les réactions face à cette inconnue stimule une optimiste curiosité (« nouveauté intéressante qui aurait besoin d'être plus diffusée » ; « inconnu jusqu'à présent ! » ; « direction inconnue pour moi, mais me semble intuitivement très intéressante ! »). Le questionnement suscité quant à la bibliothérapie (« je souhaiterais en savoir plus sur ce sujet dont j'ignore tout ») se double d'un accueil favorable (« aide thérapeutique me semblant pertinente et à utiliser sûrement avec moins de modération »). La bibliothérapie est perçue chez ces praticiens comme un outil « pertinent » qui « mérite qu'on y prête attention ».

Après la surprise et le questionnement, c'est la question de la validité de la bibliothérapie qui prédomine. Certains se disent ouverts et prêts à s'intéresser à ce sujet sous réserve que la méthode fasse l'objet d'une évaluation. Le principe de la bibliothérapie est acceptable et applicable en soin primaire (« Je vais me documenter et peut être m'y mettre »).

Par ailleurs, les 34 médecins sur 64 qui ont déjà utilisé le livre comme outil de soin font part de leur expérience.

Le livre est alors perçu comme un lien qui renforce la relation médecin-malade. Il est qualifié de « lien communiquant », interface qui participe à la « restructuration cognitive du patient ». Le livre fait accéder le patient à une meilleure compréhension de son trouble et cela est un facteur d'amélioration (« Permettre aux patients de comprendre ce qui se passe en eux »). Le livre favorise également une prise de recul et agit comme un accompagnement dans les questionnements du patient. Cela a une action bénéfique (« amener le patient à élargir son point de vue et à se poser les bonnes questions »).

Enfin, deux praticiens interrogés considèrent que la lecture est une partie indispensable du processus de guérison. Un développe l'idée que « la lecture est le primum

movens de la guérison ou du moins de l'atténuation d'une souffrance morale et psychique », l'autre souligne que « dans ma pratique [la lecture est] ma première exigence dans le traitement de la dépression ». Le livre agit donc activement de deux manières. Il est le primum movens, c'est-à-dire l'impulsion qui rend au patient la faculté d'agir. Cela rappelle la démonstration de Marcel Proust que nous rappelons en Annexe 4 et dont nous avons parlé au Chapitre I. Enfin la lecture diminue la souffrance physique et morale : il est l'antalgique de nos émotions.

V-4-3 – Ouvrages cités

Parmi les ouvrages qui ont déjà été conseillés par les médecins ayant participé à l'enquête, nous trouvons des livres à la fois du répertoire général et des ouvrages orientés sur les problèmes psychologiques. En revanche les « self-help book » sont sous-représentés.

- Psychologie « grand public », sans orientation thérapeutique précisée :

On trouve là les succès de ces dernières années qui ont ouvert la voie à la vulgarisation de concepts psychologiques élaborés tels que les ouvrages de Christophe André sur l'estime de soi et les états d'âme, ceux de Boris Cyrulnik sur la résilience. On trouve également des livres-guides généraux sur un problème particulier, en général un problème relationnel, ou un problème psycho-social : des titres à propos du harcèlement moral dans les couples et au travail, sur la communication. Enfin on trouve les livres dits de développement personnels. Ceux-là s'adressent normalement à des gens qui ne sont pas en souffrance, mais qui sont à la recherche d'un mieux-être. Sont cités « l'intelligence émotionnelle » de Daniel Goleman, et « la connaissance de soi » de Marie Magdeleine Davy.

- Aide à la résolution d'un problème précis :

Dans cette indication, les applications sont dans larges. Pour le traitement de la dépression, le « self-help » « Faire face à la dépression » de C. Cungi et ID Note est souvent cité. Ensuite des livres à contenu « psychothérapeutique » sont conseillés pour l'apprentissage de la gestion du stress et des relations difficiles (conjugopathies, hiérarchie professionnelle) et surtout dans l'accompagnement au cours du cancer et du deuil.

Le contexte particulier de l'accompagnement au cours du cancer est à noter. Plusieurs médecins relatent leur expérience d'échange avec des patients autour de lectures dans le cadre de l'accompagnement au cours du cancer et lors de la prise en charge en soins palliatifs. Soulager la souffrance morale et apporter des éléments de réflexions apaisantes face aux questions liées à la fin de vie : le bénéfice rapporté est ici important. Citons « La dernière leçon » de Noëlle Chatelet, « Vouloir guérir » d'Anne Ancelin Schützenberger. Conseiller ce type de lecture chez ces patients, c'est bien acter la demande et la souffrance face à la mort et aux questionnements liés au cancer, c'est donner l'assurance d'une alliance thérapeutique sans tabou en laissant la liberté au patient dans son cheminement.

- Livres divers cités sans autre indication :

Parmi les initiatives intéressantes, nous trouvons l'utilisation d'une bande-dessinée (« Le combat ordinaire », de Manu Larcenet), l'œuvre d'Alexandra David-Neel sur le bouddhisme, Albert Camus (« La Chute »), et enfin des auteurs plus anciens comme La Fontaine, Saint-Augustin, Pascal et même Aristote. Nous remarquons que la Bible a été citée deux fois. Le contexte et l'indication ne sont pas précisés et nous ne pouvons donner la finalité d'un tel conseil de lecture dans le cadre d'une consultation médicale.

Citons enfin les initiatives qui, malgré l'intérêt que nous portons au sujet, ont provoqué notre surprise et stimulé notre curiosité tout en démontrant s'il était nécessaire la créativité dont font preuve certains de nos confrères. Pour le spasme du sanglot il a été proposé aux parents la lecture de « Astérix en Hispanie » afin d'illustrer le problème (référence à un passage où un jeune personnage retient sa respiration). Chez l'enfant encore, La « Psychanalyse des Contes de Fées » de Bettelheim est utilisée dans les troubles du comportement, avec un retour qualifié de « positif ». Enfin, nous avons retenu la « Chimie Organique PCEM1 » qui a été préconisée non sans humour dans le traitement des insomnies passagères d'endormissement.

V-4-4 – Synthèse

En synthèse de l'analyse textuelle concernant les commentaires libres sur l'utilisation de la bibliothérapie en médecine générale, nous retenons les éléments suivants :

- La bibliothérapie suscite interrogations et doutes car elle reste méconnue
- Le sentiment concernant l'intérêt de cette pratique est un a priori plutôt favorable
- La bibliothérapie est un outil acceptable et applicable en soin primaire
- Qui est déjà utilisé par certains dans des situations très variées.
- Elle est perçue comme un outil potentiellement pertinent en pratique courante.
- Son utilisation est conditionnée à une validation en soins primaires
- en sachant que des difficultés sont prévisibles quant à l'adhésion des patients.

V-5 – Discussion

Les résultats assoient l'intérêt d'un nouvel outil dans la palette de prise en charge des troubles de santé mentale. Ces derniers représentent une grande partie de l'ensemble des problèmes gérés en soins de premier recours et la perception de la fréquence de ces troubles est là pour le rappeler.

Les médecins sont globalement des gros lecteurs, ce qui laisse penser que l'utilisation du livre en tant qu'intervention thérapeutique est une idée acceptable. En effet il n'est pas logique de proposer de la lecture quand on ne lit pas soi-même. Le lecteur fera peut-être un parallèle avec les règles hygiéno-diététiques, l'arrêt du tabac (combien de médecins fumeurs argumentent pour un sevrage chez leurs patients ?), mais cette association d'idées est erronée. Alors que pour l'activité physique, l'effet recherché est dans l'action elle-même, le fait d'acheter un livre n'apporte rien. C'est ce qu'il se passe au cours de la lecture qui est recherché : un processus qui met en mouvement l'espace entre le patient et le récit et qui constitue le fait thérapeutique. Alors que le prescripteur n'a pas besoin d'être marathonien pour conseiller une activité physique, la connaissance du contenu du livre prescrit est en revanche requise pour la bibliothérapie. Mais au regard des habitudes des médecins, cette condition n'est pas un obstacle à la diffusion de la bibliothérapie.

Les médecins généralistes sont ouverts au changement : si 80% d'entre eux n'ont jamais entendu parler de « bibliothérapie », 53% ont déjà effectué des conseils de lecture dans leur pratique et 73% sont d'accord avec l'idée que la bibliothérapie est un outil de soin. Cela conforte l'acceptabilité de la méthode par les médecins.

Il semble que plus un médecin lit, plus il a tendance à conseiller la lecture à ses patients. Si cela est intuitivement logique, les chiffres de notre enquête ne sont pas significativement différents sauf en ce qui concerne les non lecteurs. Toutefois on peut suspecter qu'avec un échantillon plus grand, il existerait une relation entre les habitudes de lecture et le « risque » de conseiller la lecture. (50% chez les « petits » lecteurs, 70% chez les « gros » lecteurs).

Les doutes exprimés concernant l'image et la validité de la bibliothérapie sont l'expression de la méconnaissance de la méthode. L'image et la crédibilité du médecin ne semblent pas réellement en danger. Comment la lecture, perçue comme trop intellectuelle pour les patients, pourrait-elle être en même temps préjudiciable à l'image et la crédibilité de la fonction de médecin ? Il nous semble devoir réaffirmer que la profession médicale ne se limite pas à l'application technique de référentiels. Le champ de la médecine générale n'est pas celui de l'EBM, c'est l'EBM qui est un des éléments de la décision en médecine générale. Observer d'autres pratiques et les adopter lorsqu'elles ont fait la preuve d'un bénéfice ne signifie pas renier la fonction de médecin, mais au contraire l'enrichir.

En ce qui concerne l'adhésion des patients, l'accès au livre est un problème soulevé. Deux critiques en ce sens sont apportées : la première d'ordre économique, l'autre d'ordre intellectuelle. Cependant, les statistiques concernant les habitudes de lecture en population générale montrent que la lecture est une activité accessible et largement rencontrée dans toutes les catégories socio-professionnelles (73). Il existe des disparités, mais affirmer que « mes patients ne lisent pas » demande à être vérifié. D'après ces statistiques, il n'existe pas de population qui ne lit jamais. Sur un plan économique, il est clair que la lecture n'aura pas le même accueil en fonction du lieu d'exercice et du type de patientèle. En zone défavorisée ou pour un médecin de PASS (Permanence d'Accès au Soins de Santé), il sera difficile de proposer une prise en charge par bibliothérapie. Notons que les livres sont accessibles en

prêt dans les bibliothèques, et qu'en dernier recours on peut même imaginer que le praticien puisse prêter un ouvrage à son patient.

Les réticences concernant la lecture naissent de la représentation de la lecture. Elle est perçue comme une activité ludique pour les personnes ayant des capacités intellectuelles élevées et appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus aisées. Cette vision est erronée. Il existe bien des disparités et on trouve des gros lecteurs et des non lecteurs dans toutes les catégories socioprofessionnelles (73). L'intérêt pour les livres n'est pas toujours corrélé au niveau d'études et en aucun cas les données macroscopiques ne sont applicables individuellement. Si la capacité à s'exprimer reflète le niveau d'étude, elle ne détermine pas la capacité de compréhension. Le manque de vocabulaire n'est pas synonyme d'illettrisme. On ne peut préjuger de l'adhésion à une bibliothérapie sur des a priori concernant les capacités intellectuelles ou la catégorie sociale du patient. Un tel jugement serait une discrimination à l'accès à la connaissance. Dès lors, l'adhésion à une bibliothérapie est à évaluer individuellement.

Les interrogations sur la légitimité de la bibliothérapie et la validation de la méthode trouveront dans les travaux rapportés au chapitre III des éléments de réponses. Le bénéfice de la bibliothérapie est net lorsqu'elle est utilisée selon un protocole associant un « self-help » et un suivi en consultation. Toutefois, son utilisation en soins primaires a été moins étudiée mais les rares essais effectués en conditions réelles de médecine générale sont encourageants. La littérature existante suffit à proposer cette approche dans le champ de la médecine générale. La bibliothérapie n'est pas un placebo.

Soulignons les témoignages sur l'utilisation de la lecture dans l'accompagnement au cours du cancer et dans la prise en charge palliative. La souffrance physique et morale, la confrontation à la mort, les questionnements sur la maladie : soulager et répondre par la lecture semble dans ce cas particulièrement pertinent. En plus de l'écoute, de l'empathie et du temps que nous devons consacrer à ces patients, le livre est le prolongement de la relation médecin-malade. On trouve dans certains ouvrages une expression juste de ce que le malade traverse. Le livre accompagne le malade, le temps de la lecture étire les périodes d'apaisement.

VI – EFFETS DE LA LECTURE: UNE ETUDE QUALITATIVE

VI-1 – Problématique

Nous avons développé plus haut les différents protocoles d'application validés de la bibliothérapie dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Nous avons vu que ces études utilisent pour la grande majorité des livres de type « self-help », dont le contenu est d'inspiration cognitivo-comportementale. Nous avons montré à travers une enquête d'opinion que les médecins généralistes sont ouverts à ce type d'approche : la bibliothérapie est perçue comme un outil pertinent, acceptable et applicable en pratique courante même si elle est méconnue à l'heure actuelle. Elle est en outre déjà pratiquée par certains, mais avec des supports non validés : répertoire littéraire commun, classiques, vulgarisation. Cette pratique n'est donc pas superposable à ce qui a fait l'objet d'une validation statistique.

Dans le but de proposer une vision globale de la bibliothérapie, nous avons cherché à inclure dans le champ de recherche ces ouvrages qui ne sont pas des « self-help ». Le succès populaire de livres de psychologie doit nous interpeler. Par ailleurs on peut se demander s'il existe un intérêt à proposer des ouvrages classiques, du répertoire général. Le bénéfice a pu être quantitativement mesuré pour la bibliothérapie associant « self-help » et un suivi régulier. Mais quantifier l'effet d'autres types d'ouvrages dont le contenu n'est pas reproductible est illusoire. En revanche il est possible de s'intéresser à la nature de l'effet de la lecture sur le lecteur. Si la lecture d'une manière générale est à l'origine d'un effet de nature à améliorer le lecteur, il est logique de considérer la lecture comme une intervention thérapeutique.

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence et de comprendre dans leur nature les effets de l'interaction avec le livre, rapportés par les lecteurs eux-mêmes, indépendamment de l'ouvrage en question. L'approche choisie n'a pas pour but de quantifier ces effets, mais d'en découvrir la nature. Par ailleurs, nous éclairerons par une enquête simple la perception et l'acceptabilité de la bibliothérapie par les sujets concernés.

VI-2 – Matériel et méthode

L'étude est une analyse qualitative à partir de données textuelles recueillies par des témoignages écrits. La méthode de recueil des données est un questionnaire en ligne diffusé largement par courrier électronique et différents blogs sur Internet. Ce questionnaire a pour but de collecter deux types d'informations. Les données chiffrables et questions fermées ont pour but de caractériser la population participante, recueillir un minimum d'informations sur le vécu psychologique, les habitudes de lecture et un avis sur l'utilisation la bibliothérapie par le médecin. Les témoignages, données non chiffrables, constituent le matériel qualitatif permettant de répondre à l'objectif principal (questionnaire en Annexe 1) :

- Données générales : âge et nombre de consultations chez le médecin traitant par an.
- Vécu psychologique : « avez-vous déjà rencontré des difficultés psychologiques » avec évaluation subjective du niveau de souffrance psychologique par une échelle numérique de 0 à 10 pour évaluer l'intensité de ces symptômes.
- Réaction face à ce trouble : « avez-vous consulté pour ce problème », « avez-vous pris des médicaments ou été suivi » pour ce problème ?
- Questions fermées sur les « antécédents de lecture » : « avez-vous déjà lu un ouvrage qui vous a été psychologiquement bénéfique ? » et « combien de livres lisez-vous par an ? ».
- Connaissance et adhésion à une bibliothérapie : « connaissiez-vous le terme bibliothérapie ? » ; « accepteriez-vous un conseil de lecture de la part de votre médecin, c'est-à-dire acheter et lire un livre ? ».
- Deux questions ouvertes : témoignage pour expliquer « en quoi la lecture a été psychologiquement bénéfique pour vous » et enfin un espace de commentaire libre.

Ce questionnaire est resté en ligne de Mars à Juin 2009. Aucun critère n'était requis pour participer, le but étant de récolter le maximum de données sur le sujet pour étudier selon une approche qualitative un phénomène. Le lien a d'abord été diffusé par courrier électronique et avec demande de renvoi aux contacts, créant ainsi une diffusion pyramidale rapide. Le lien a également fait l'objet d'annonces pour participer à l'enquête sur plusieurs sites Internet en lien avec la psychologie.

Nous avons effectué une analyse qualitative des données textuelles tirée des réponses aux questions : « veuillez préciser dans quelle mesure la lecture a été bénéfique pour vous ? » et « vous pouvez laisser un commentaire, une réflexion ici ». La méthodologie d'analyse employée est inductive, ancrée dans le contenu (« grounded theory »). Le but est de faire émerger les concepts qui sous-tendent la perception d'un bénéfice à la suite de la lecture d'un ouvrage, indépendamment du type d'ouvrage. Ce travail permet de mettre en évidence l'existence d'un bénéfice tout d'abord, mais surtout de comprendre le cheminement cognitif suivi lors de la lecture. En isolant les différents mécanismes mis en jeu, nous pourrions modéliser le phénomène pour ensuite proposer à dessein la bibliothérapie en soin primaire.

Le verbatim des réponses a été traité selon la procédure suivante :

- Copie de l'ensemble des réponses.
- Suppression des phrases non reliées à la question (telles que « bon courage pour votre thèse », « j'ai quatre enfants et un travail prenant ») pour ne garder que les propos directement en rapport avec la lecture.
- Référencement séparé des mots les plus fréquemment rencontrés.

A partir de ce travail préliminaire, nous avons pu procéder à l'encodage des données à l'aide du logiciel NVivo 8.0. Ce programme est spécifiquement développé pour la recherche qualitative et permet l'encodage et l'exploitation de données multi-support (textes, images, vidéos). L'approche choisie est inductive, c'est-à-dire sans connaissance a priori des hypothèses de recherche et des conclusions. Dans la démarche inductive, les hypothèses sont formulées au cours de l'analyse des données puis validées ou modifiées par les données suivantes. Ce processus cyclique permet l'élaboration d'un modèle ancré dans les données.

Chaque phrase ou groupe de phrases sont synthétisés en un mot ou une expression en rapport avec l'action de lire. Cette idée résumée constitue un « nœud ». Au fur et à mesure de la lecture nous créons autant de « nœuds » que d'idées exprimées. Lorsqu'un témoignage exprime une idée déjà rencontrée, il est codé dans le nœud déjà existant. Cette étape de codage a été réalisée pour l'ensemble du texte.

Nous obtenons ainsi une liste de concepts qui sont tous en rapport avec une forme d'interaction avec le livre, indépendamment du contexte dans lequel il est exprimé. Le nombre

d'occurrence pour chaque nœud est également comptabilisé. Les nœuds sont ensuite regroupés en fonction du champ sémantique auquel ils appartiennent.

La saturation des données a été obtenue.

De ce travail inductif d'abstraction puis de modélisation ressortent ainsi les différentes modalités d'action du livre sur le lecteur, en puisant dans le contenu des données qualitatives recueillies. En voici la synthèse.

VI-3 – Résultats chiffrés et repères

VI-3-1 – Caractéristiques démographiques des participants

Au terme des quatre mois de mise à disposition en ligne du questionnaire, 590 personnes ont participé. Il s'agit d'une population jeune. 392 sujets ont moins de 40 ans, soit 66% des participants.

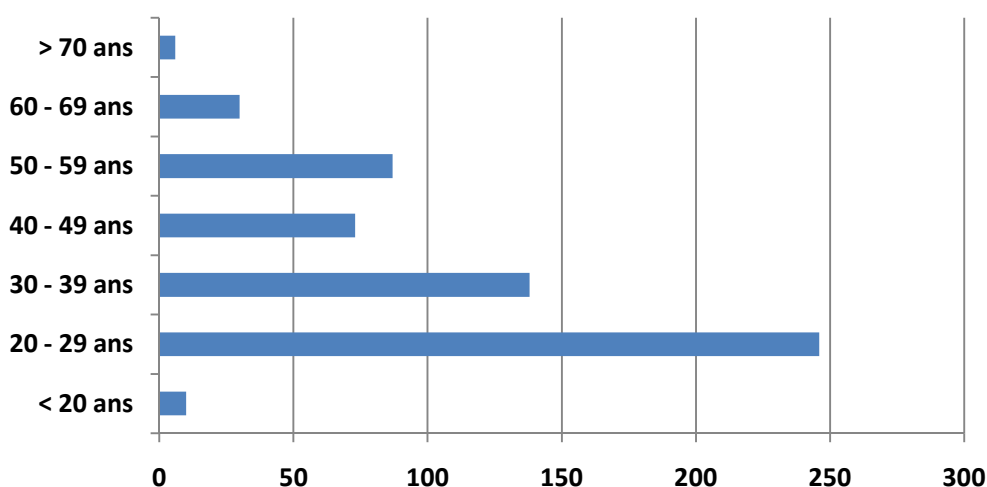


Figure 8: répartition des participants par tranche d'âge.

La pyramide des âges montre que les plus de 60 ans sont clairement sous-représentés. Ceci est probablement dû à la méthode choisie pour le recueil de données, exclusivement réalisé par un questionnaire en ligne sur Internet, ce qui facilite la diffusion et la participation de personnes jeunes qui utilisent plus facilement Internet et le courrier électronique. Les personnes

plus âgées et souvent plus étrangères aux nouvelles technologies de communication, sont de fait sous-représentés avec ce type de recueil numérique.

VI-3-2 – Comportements et vécu psychologique

Parmi les participants, 70% des participants ont consulté leur médecin durant les douze derniers mois et 33% au moins trois fois par an.

Sur les 590 sujets, 77% déclarent avoir rencontré des difficultés psychologiques dans leur vie. Pour mieux appréhender cette donnée une échelle numérique d'évaluation subjective de la souffrance psychologique est proposée. 0 correspond à « problème négligeable, pas de souffrance », 10 à « problème insurmontable, souffrance intolérable ». La figure ci-dessous représente la répartition de ces troubles par niveau de souffrance ressentie (519 réponses à cette question):

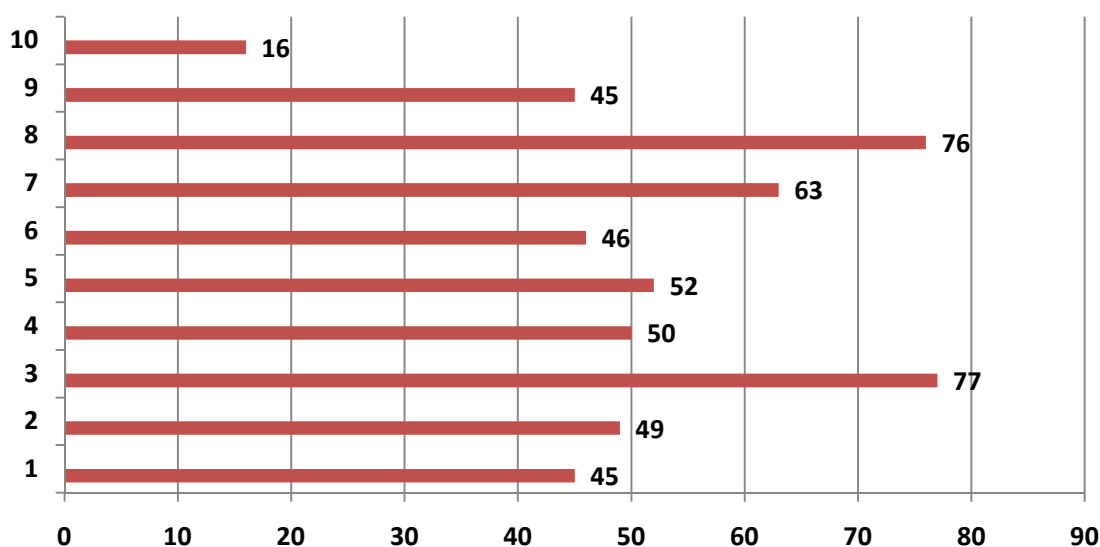


Figure 9 : Répartition en nombre des participants en fonction de l'auto-évaluation de la souffrance psychologique vécue.

La part importante de troubles psychologiques retrouvée dans le questionnaire s'explique en partie par le caractère volontairement général et large de la question posée. Nous rencontrons tous des difficultés psychologiques. Mais nous pouvons considérer que les 137 sujets qui évaluent l'impact de leur trouble entre 8 et 10 peuvent relever d'une attention particulière. Sur ces 137 sujets, 109 ont consulté pour leur problème, 28 n'en ont donc pas parlé. Ce sont donc 80% des sujets présentant une souffrance majeure qui vont chercher une aide auprès de leur médecin. Ce chiffre conforte la position du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles en santé mentale.

Sur la totalité des personnes déclarant avoir traversé des difficultés psychologiques, quel que soit leur degré, 47% ont consulté leur médecin pour ce problème. Cette proportion reste importante si l'on considère que tous ne relèvent pas d'une prise en charge médicale particulière. Parmi ceux déclarant avoir eu des difficultés psychologiques, 47% ont consulté leur médecin pour ce problème.

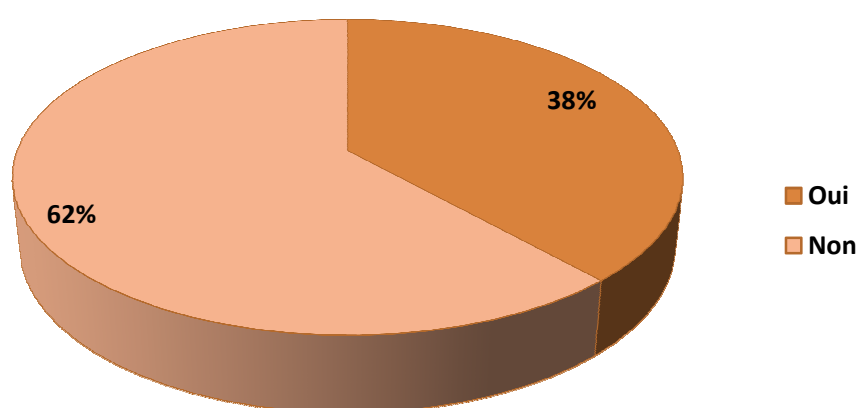


Figure 10 : Répartition en pourcentage des participants ayant eu ou non un suivi médical ou un traitement médicamenteux pour un trouble de santé mentale.

D'après l'enquête de la DREES, seule une personne sur quatre qui déclare un trouble psychique accède aux soins spécialisés en santé mentale (77). Parmi ceux qui ne peuvent ou ne veulent voir ni psychiatre, ni psychologue, ni un psychanalyste (les trois spécialités prises en compte dans l'étude citée), une bonne marge doit consulter le médecin traitant, pivot du

système de santé. Dans notre enquête, 38% des participants déclarent avoir eu besoin d'un suivi médical ou d'un traitement médicamenteux pour leur problème psychique. Cette proportion très forte retrouvée dans cette enquête est à nuancer. Une part inévaluable des sujets qui ont répondu ont accédé au questionnaire via un site internet ou un blog orienté dans le domaine de la psychologie. Ce chiffre n'est donc pas à comparer avec les données statistiques générales, mais en revanche cela reste encourageant quant à la densité et la qualité des témoignages qui feront l'objet de l'analyse qualitative. En effet, dans ce type d'étude rappelons que la qualité est liée à la quantité de données recueillies. Une abondance de témoignages de la part de personnes sensibilisées au problème est donc un bon indicateur.

VI-3-3 – Pratique et perception de la bibliothérapie

Avant de s'intéresser au cœur de la problématique il était important de connaître les habitudes de lecture des participants. La figure ci-dessous représente la répartition des sujets en fonction du nombre de livres lus par an.

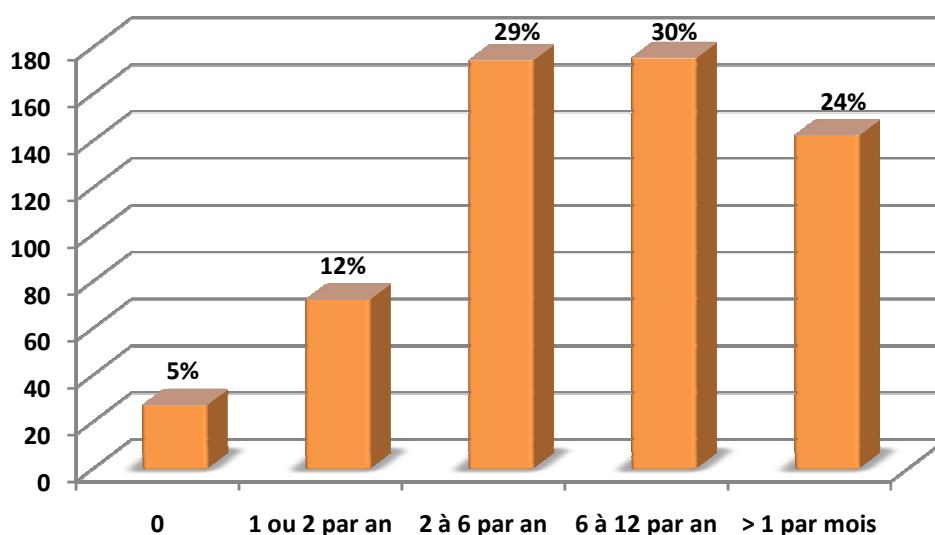


Figure 11: Répartition des participants en fonction du nombre de livres lus par an

Les participants forment donc une population de lecteurs assidus. Cela peut être dû encore une fois aux modalités de diffusion du lien vers le questionnaire. Les personnes

intéressées qui participent et prennent la peine de renvoyer le lien à d'autres correspondants sont certainement eux-mêmes des lecteurs. A chaque étape de diffusion, on sélectionne finalement les sujets intéressés par le sujet, donc par la lecture.

Sur l'ensemble des sujets, 59% déclarent avoir déjà lu un ouvrage qui a été psychologiquement bénéfique. Parmi les 455 sujets déclarant avoir eu des difficultés psychologiques, 296 déclarent avoir lu un ouvrage qui a été psychologiquement bénéfique, soit 65%.

Parmi ceux ayant connu des difficultés majeures (score entre 8 et 10), ils sont 109 sur 136 à déclarer avoir déjà lu un livre psychologiquement bénéfique, soit 80%. Ces chiffres donnent une impression d'« automédication » par la lecture d'autant plus importante que le trouble est grave. Il apparaît que la lecture est bénéfique pour la majorité des personnes, ce qui conforte l'hypothèse de l'existence d'une thérapeutique dans l'interaction au livre et renforce l'idée que la lecture peut être un bon outil de soin.

346 sujets déclarent avoir déjà lu un ouvrage qui a été bénéfique. Mais parmi ces sujets, tous n'ont pas déclaré avoir rencontré de difficultés psychologiques. 50 personnes sont dans ce cas paradoxal: sans signaler de trouble marquant, ils déclarent avoir lu des ouvrages qui leur ont fait du bien. Il peut s'agir alors d'un bénéfice de l'ordre du développement personnel plutôt que du soin en santé mentale.

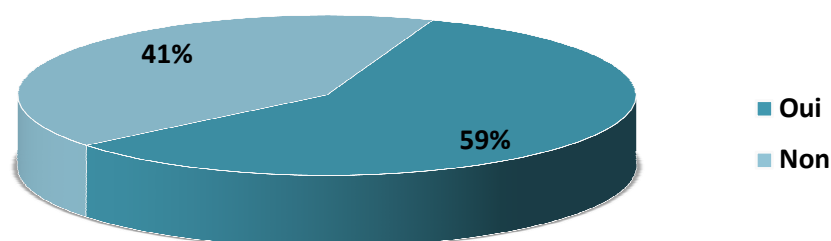


Figure 12: Pourcentage de personnes déclarant avoir lu un ouvrage psychologiquement bénéfique.

A la question « accepteriez-vous de suivre un conseil de lecture de la part de votre médecin traitant, c'est-à-dire acheter et lire un livre ? », les participants répondent favorablement à 90%. Si la population participante n'est pas superposable une population de patients en cabinet, cette réponse dessine une tendance claire : la bibliothérapie est une idée acceptable pour les patients dont le manque d'adhésion est moins à craindre que ce que les praticiens interrogés pensent. En sélectionnant les patients déclarant avoir vécu des difficultés cotées entre 5 et 10, la proportion d'individus qui accepteraient de suivre une bibliothérapie monte à 94% (266 sur 282).

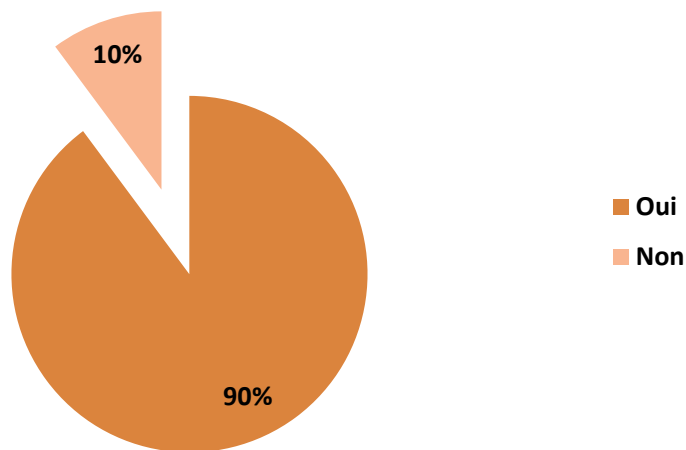


Figure 13: pourcentage de patients qui accepteraient de suivre un conseil de lecture de la part de leur médecin.

La figure ci-dessous représente la répartition dans les comportements devant une plainte psychologique parmi les participants ayant déclaré avoir vécu un trouble modéré à intense, coté entre 5 et 10.



Figure 14: Répartition des sujets en fonction de leurs choix parmi ceux ayant présenté un trouble modéré à intense

De ces résultats simples ressortent les éléments suivants :

- La majorité des patients ayant rencontré des difficultés majeures ont consulté leur médecin.
- Le conseil de lecture est acceptable pour la quasi-totalité des sujets ayant connu un trouble de santé mentale.

Pour ceux qui déclarent avoir lu un ouvrage qui a été pour eux « psychologiquement bénéfique » il leur était demandé de préciser « dans quelle mesure la lecture a-t-elle été bénéfique pour vous ? ». Ce sont les réponses à cette question qui ont fait l'objet d'une analyse qualitative que nous rapportons ci-après.

VI-3-4 – Troubles concernés

Il est intéressant de savoir quels troubles de santé mentale sont fréquemment rencontrés parmi les personnes témoignant d'un effet bénéfique de la lecture. La comparaison avec les troubles rencontrés en consultation permet de savoir s'il existe une spécificité des troubles pour lesquels les personnes atteintes vont trouver de l'aide dans la lecture plutôt que d'aller consulter

leur médecin. Pour cela, nous avons exploité le contenu textuel des réponses à la question « préciser en quoi la lecture a été bénéfique pour vous ».

299 personnes ont laissé une réponse à cette question. Lorsque cela était possible, la réponse était classée parmi les 27 résultats de consultation de la catégorie « Psychisme » du Dictionnaire des Résultats de Consultation, outil de recueil de données de la Société Française de Médecine Générale. Des informations complémentaires sur le DRC sont fournies en Annexe 5. Sur les 299 témoignages, 152 ont ainsi pu être classés. Les autres font référence à un vécu ou une réflexion personnelle sans qu'un trouble précis puisse être mis en évidence à travers le témoignage.

Ces 152 résultats de consultation sont confrontés aux les chiffres de l'Observatoire de la Médecine Générale concernant la fréquence de chaque résultat de consultation de la catégorie « Psychisme ». La figure ci-dessous rend compte des différences entre les troubles rencontrés en consultation de soins primaires et les troubles pour lesquels la lecture en « automédication » a été bénéfique chez les personnes ayant témoigné. Sur le graphique, 100% correspond à l'ensemble des 27 résultats de consultation de la catégorie « Psychisme ». Par exemple, le résultat de consultation « Humeur dépressive » représente 9.34% des 27 résultats de consultation de la catégorie « Psychisme ».

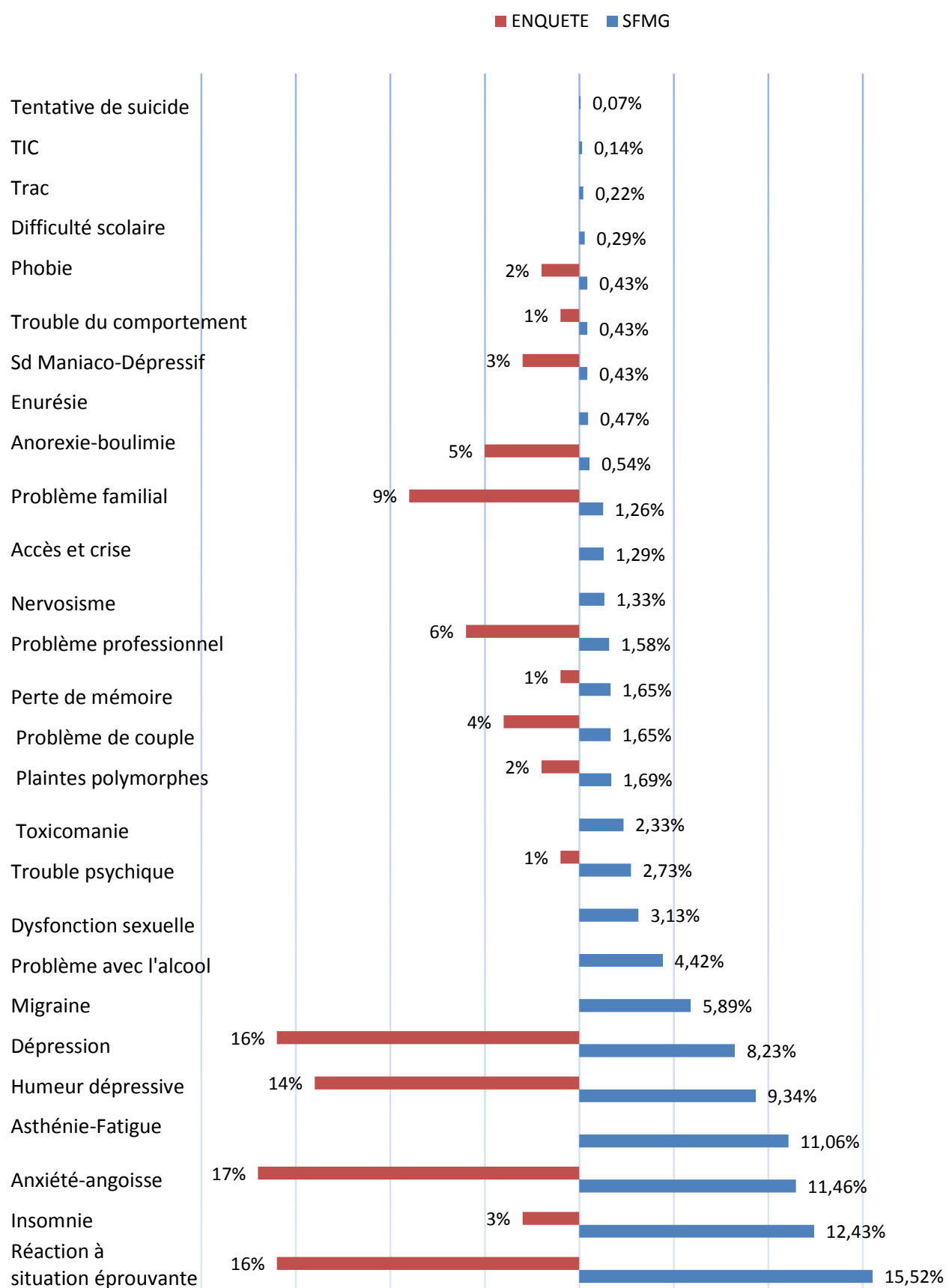


Figure 15: comparaison de la fréquence des troubles rencontrés dans les témoignages et des troubles rencontrés en soins primaires.

Cette comparaison permet de mettre en évidence plusieurs éléments :

- Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur occupent une place majeure dans les deux cas.
- Insomnies : elles sont en deuxième position en fréquence, parmi les troubles psychiques, en médecine générale. Les études montrent que la bibliothérapie est un traitement efficace pour ces problèmes. Elles représentent donc un domaine d'application de choix pour la bibliothérapie.
- Troubles relationnels : conjugopathies, problèmes au travail et familiaux sont souvent cités parmi les troubles pour lesquels la lecture a été bénéfique. Pour autant peu de consultation en médecine générale sont en rapport avec ces problèmes.
- Troubles du comportement alimentaire : ils représentent 5% des lecteurs dans notre enquête, mais seulement 0,54% des consultations en soins primaires. L'encadrement spécialisé dont ces patients bénéficient et la faible prévalence du trouble font que peu de consultations sont motivées par ce problème. En revanche, la chronicité du problème et l'information « grand public » de ce trouble ont fait de l'anorexie-boulimie un fait de société qui a mis « à la mode » certains ouvrages et sites internet.

VI-4 – Analyse de contenu

VI-4-1 – Données générales

Les témoignages écrits ont été analysés selon la méthodologie décrite au paragraphe VI-2. Le codage du verbatim fournit soixante « nœuds ». La saturation des données a été obtenue. Ces nœuds sont classés en fonction du nombre d'occurrences rencontrées sur la totalité des témoignages. Un témoignage peut être codé plusieurs fois. La figure ci-dessous représente la répartition pondérée des principaux nœuds.

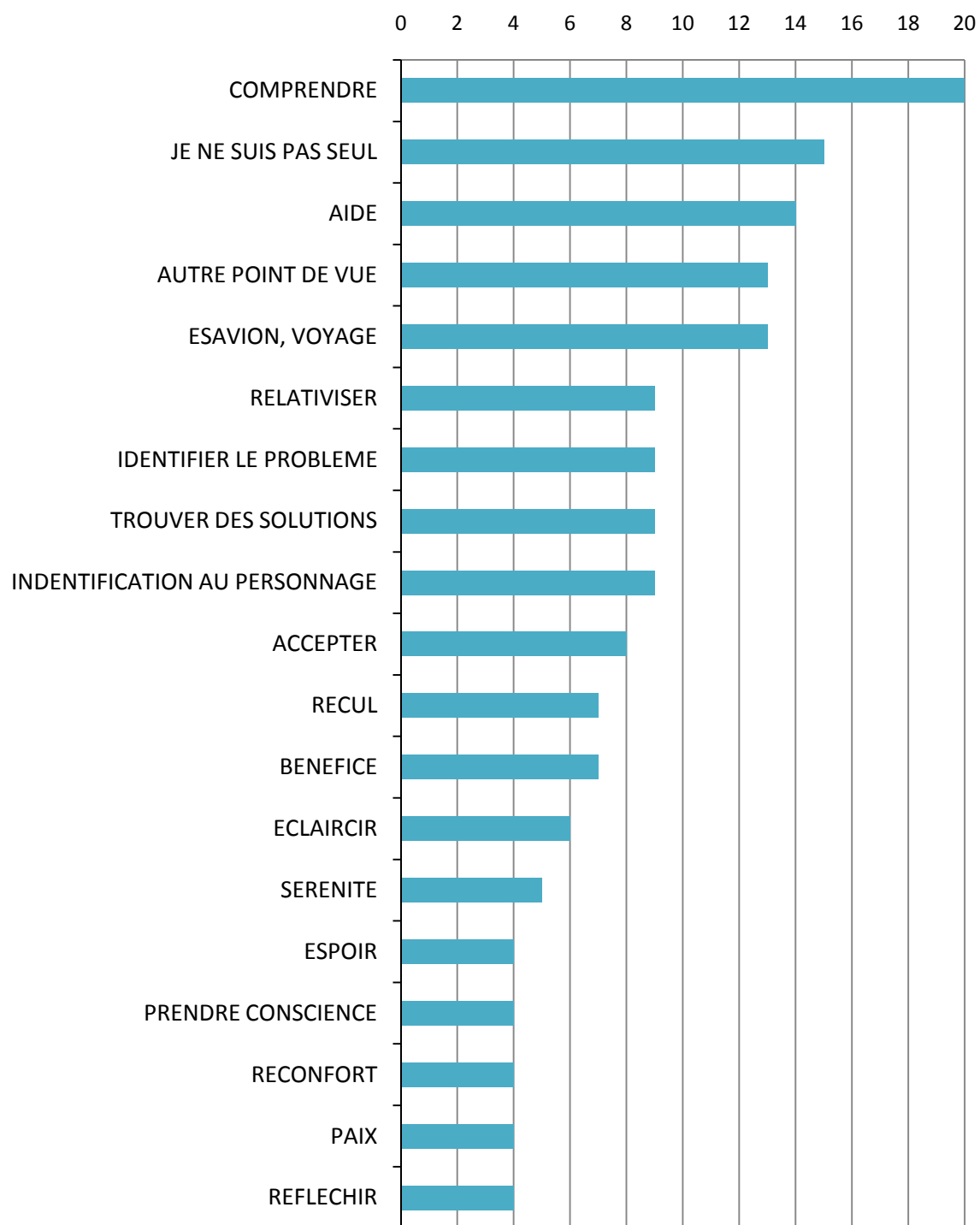


Figure 16: Répartition pondérée des principaux nœuds codés à partir du texte

On isole ainsi cinq concepts qui sont les plus fréquemment exprimés pour caractériser le bénéfice apporté par la lecture :

- « Comprendre »
- Réaliser que « je ne suis pas seul »
- Le livre est perçu comme une « aide » importante
- La lecture amène un « autre point de vue », un nouvel « angle de vision »
- Lire est un « voyage », une « évasion ».

Les nœuds peuvent être rapprochés les uns des autres en familles thématiques. De ce travail d'interprétation des données nous obtenons une modélisation empirique ancrée dans les données. Cinq thèmes exclusifs entre eux peuvent ainsi être individualisés, permettant de comprendre pourquoi la lecture est un acte bénéfique.

VI-4-2 – Expérience d'éveil et accès à la connaissance

L'accès à la connaissance est une notion très fréquemment rencontrée dans les témoignages. Elle se décline selon plusieurs niveaux. Le premier mouvement est celui de l'expérience d'éveil : « prise de conscience », « découverte », « révélation », « déclic ». Ces signifiants sont tous en rapport avec un changement brutal. Le livre permet de rendre le monde intelligible (*« Cette prise de conscience m'a permis de mieux accepter la situation, et donc de moins souffrir »*). Cet éveil brutal est bénéfique par l'émotion qui l'accompagne. Il n'est pas à l'origine d'un changement de comportement. Mais il semble bien que le bénéfice soit directement lié à la soudaineté du moment, au « déclic » où la prise de conscience a lieu. C'est pendant la lecture que s'opère la compréhension d'un élément décisif qui dénoue dans l'instant les conflits intrapsychiques, générant un vécu émotionnel fort et positif. Cela ramène aux notions de temporalité évoquées plus haut : le récit me propulse dans le Temps vécu, il recrée un passé et une mémoire qui rend possible l'expérimentation d'un futur et d'un espoir (*« Ce livre a été une révélation : la vie pouvait être légère, il était possible de vivre bien-ou pas trop mal- des choses épouvantables »*).

Après la découverte, l'apprentissage. Derrière cette notion sont regroupés les signifiants « Apprendre », « réfléchir », « se cultiver », « méthode », « explication », « identifier le problème », « trouver des solutions », « réponses », « structurer ». Ces items fréquemment cités constituent une thématique de l'enseignement, de l'apprentissage : une forme plus construite

d'accès à la connaissance. L'action thérapeutique se situe alors sur le plan des cognitions, là où la « révélation » se plaçait au niveau des émotions.

Mécanisme plus lent, cet apprentissage par la lecture permet de « mettre des mots », d'« identifier le problème » (« *La lecture d'un livre sur ce sujet m'a permis de comprendre ce qui se passait, et de déculpabiliser* », « *j'ai eu l'impression de pouvoir mettre des mots sur la difficulté que je vivais* »). Cette compréhension est intéressante car elle justifie pleinement la lecture comme outil de soin. Le lecteur apprend à étudier son propre vécu comme un objet dont on peut réguler les rouages si l'on comprend sa logique. Le livre est l'endroit où s'opère cette transformation du « percevoir » en « étudier ». Connaître son « ennemi » c'est déjà l'appivoiser (« *à un moment où je ne comprenais pas mon malaise diffus, la lecture de "la peur des autres" a éclairé et nommé cette anxiété sociale qui me jouait des tours depuis longtemps* »).

VI-4-3 – Distanciation

La lecture est un temps durant lequel s'opère une mise à distance du lecteur par rapport au monde et à ses problèmes. Les concepts suivants sont rattachés à cette fonction : « lâcher prise », « relativiser », « recul », « distance », « libération », « évocation », « voyage ». Le « voyage » et l'« évocation » ont des vertus thérapeutiques. L'emploi de ce champ sémantique donne à penser que le lecteur, porté par le récit, échappe au moins transitoirement à l'angoisse, la tristesse, à l'anxiété. Le livre est un moyen décrit comme un moyen de transport : les pensées du lecteur laissent la place à celles que le récit impose. On impose à sa conscience d'autres cognitions. C'est le décalage entre les pensées spontanées du lecteur et celles mises au premier plan par le récit qui est la distance parcourue au cours de ce « voyage ». C'est par ce mécanisme que certains parlent de « porte », de « nouveaux horizons », ou encore d'un « autre angle de vue ».

La lecture est un temps où le lecteur expérimente un autre schéma de pensées tout en gardant la liberté d'y adhérer ou non. Cette expérimentation d'une liberté retrouvée redonne également le sentiment d'autonomie, l'impression de s'élever, de « s'évader » de ses propres prisons.

Le champ sémantique du recul, du voyage, de l'évasion nous ramène à la fonction d'interprétation de la lecture. « On aime toujours un peu à sortir de soi, à voyager, quand on lit (M. Proust) ». Nous l'avons vu, dans une conception herméneutique du monde, rien n'a de sens en dehors de celui que je lui donne. Le monde existe tel que je le connais uniquement parce que je l'investis d'interprétations. Le récit offre de la matière à interpréter. Lire est un acte au cours duquel je réécris ces interprétations, donnant au monde et à moi-même un sens nouveau. C'est ce mouvement de réinterprétation qui offre ce sentiment de liberté, d'« *évasion* » et de voyage. C'est bien la fonction herméneutique du livre qui offre un levier d'action pour améliorer la santé mentale.

VI-4-4 – Renforcement et accompagnement

Le récit offre la possibilité de « *s'identifier au personnage* » et ainsi comprendre que « *je ne suis pas seul* ». Les personnes témoignant de cela décrivent toutes un sentiment de solitude face à leur trouble. Il leur est impossible qu'on leur vienne en aide puisque personne ne peut comprendre ce qui leur arrive. A cela vient s'ajouter le sentiment de honte de ne pas être capable de réagir comme tout le monde. Le fait de s'identifier au personnage fait du livre un « *compagnon* » qui offre « *réconfort* », « *rassure* », donne de « *bons conseils* ». Réalisant que d'autres partagent la même souffrance, le lecteur accède à une « *meilleure connaissance de soi et des autres* », augmente la « *confiance en soi* », fait parfois « *déculpabiliser* », « *positiver* » et « *moins souffrir* ». La lecture est un acte solitaire mais dont la portée est englobante et rassurante : l'interaction avec le récit efface le sentiment d'être seul donnant une dimension universelle aux troubles vécus. Comprendre que je ne suis pas le seul à connaître cette situation me renforce dans l'idée qu'il existe des solutions.

Le sentiment de solitude n'est pas lié à la richesse des interactions sociales : le fait de s'identifier à un personnage de livre ou lire l'expérience d'autres personnes dans la même situation peut suffire à lutter contre le désespoir de l'isolement (« *orientation et accompagnement bienveillant dans mes crises d'angoisses liées à une faible estime de moi ; rôle et effets très positifs du petit dialogue intérieur qui recadre et relativise les problèmes. Diminution du sentiment d'isolement en lisant, un dialogue entre amis sans jugement et tolérant* »). Cela reste vrai même s'il s'agit d'une identification à un personnage fictif.

VI-4-5 – Apaisement

Une autre propriété de la lecture est l'accès immédiat à une émotion positive et un sentiment d'apaisement. On rejoint la représentation distractive et ludique de la lecture qui n'en reste pas moins inutile pour les patients. Cet apaisement s'accompagne au minimum d'une diminution de l'angoisse, au mieux de véritables moments de bien-être psychique. Le qualificatif « *anxiolytique* » est utilisé pour caractériser certaines lectures, ainsi que « *gérer le stress* » et « *détente* ». Cette fonction est du domaine du traitement symptomatique : ces témoignages ne font pas allusion à une recherche de sens ou un cheminement personnel, mais simplement à une expérience émotionnelle positive qui détend les tensions internes dans l'instant.

Au mieux certains parlent de moment de « *plus grande sérénité* », de « *réconciliation* », ou encore la lecture est utilisée pour « *rire* » de soi et des autres. La lecture comme « *distraktion* » est un outil thérapeutique et symptomatique immédiat qui offre la possibilité de diminuer la souffrance (« *La lecture est pour moi comparable à un anxiolytique immédiat mais qui n'est malheureusement que de très courte durée. D'où ma grande "consommation" de livres avec un net avantage cependant, on ne peut pas mourir ou se suicider par overdose de lecture* »).

« Je n'ai jamais eu de chagrin qu'une heure de lecture n'ait dissipé » (Montesquieu).

VI-4-6 - Prévention et santé

Le livre est associé à des notions de soin, de prévention et de santé. La lecture est alors perçue comme une « *thérapie* » ou bien est l'élément déterminant dans la décision de « *se faire soigner* » et « *suivre une thérapie* ». Les ouvrages cités pour illustrer cette conception sont des ouvrages de psychologie ou de développement personnel.

Le livre est l'endroit où « *je trouve la guérison* » ou une « *stabilité* ». La lecture est un élément « *vital* », une véritable « *bouffée d'oxygène* ». Ces termes sont comparables à ceux employés pour une maladie chronique somatique et montrent la place que certaines lectures occupent dans la santé mentale. On peut y voir un traitement symptomatique (« *bouffée d'oxygène* »), un traitement curatif (« *guérison* », « *thérapie* ») et enfin un traitement préventif

(« stabilité », « prévention »). Plus qu'un soutien ou une parenthèse dans un quotidien difficile, lire est un acte thérapeutique. Cela amène une meilleure santé dans sa globalité (« Je m'aperçois de plus en plus que mes lectures [...] m'amènent à mieux prendre en charge ma santé dans sa globalité »). L'accès facile et immédiat au livre en fait un bon outil de « maintien » et de « prévention » au quotidien. Lire laisse une « trace » d'où germe « l'espoir » et rend possible un futur et des « perspectives » meilleures.

Thérapie, soin, prévention des rechutes : il existe un parallèle sémantique entre la bibliothérapie et la prise en charge des pathologies chroniques somatiques. Pour une partie des lecteurs, lire s'intègre dans une démarche curative. Le but n'est pas de soulager un trouble émotionnel particulier, mais bien de rechercher une meilleure santé dans son ensemble. La notion de prévention exprimée dans les témoignages est tout particulièrement intéressante. Le traitement des troubles de l'humeur par exemple passe par la prévention des récurrences dépressives. « Chacune de nos lectures laisse une graine qui germe », disait Jules Renard dans son Journal. Nous avons pointé plus haut les travaux qui donnent à la bibliothérapie une place de choix dans la prévention secondaire de ces troubles. Nous trouvons dans les témoignages la preuve qualitative que cet effet préventif existe bien.

VI-5 – Discussion

Le volume textuel issu des 299 témoignages est important. Le codage et l'interprétation de ces données permettent une modélisation qualitative des effets de la lecture. La saturation des données a été obtenue au cours de l'analyse des données.

Les données chiffrées donnent du poids à l'analyse de contenu. En effet la population ayant participé à l'enquête est constituée d'individus concernés par les troubles de santé mentale et forment une population de lecteurs, nous l'avons vu. Nous rappelons ici que le but du recueil des données n'est pas la recherche de la représentativité de l'échantillon par rapport à la population concernée. Le recueil de données pour l'analyse qualitative cherche l'accumulation de données afin de comprendre un phénomène. Selon cette approche, les repères chiffrés appuient la validité de cette enquête car de nombreux témoignages sont recueillis de la part d'individus concernés par le sujet.

Toutefois l'analyse ne prend pas en compte le type d'ouvrage à l'origine des témoignages. Beaucoup d'ouvrages sont cités en exemple mais il était le plus souvent impossible d'associer un « mécanisme d'action » à un type de livre (« self-help », ouvrage de psychologie générale ou répertoire littéraire général). Par ailleurs la technique de recueil de données par témoignage écrit montre ses limites dans certains cas. Il est parfois impossible d'abstraire une idée tant le discours est général et écrit de manière télégraphique. Un recueil en entretien de groupe (focus group) ou en entretien individuel semi-directif aurait été souhaitable mais n'aurait pas permis d'atteindre le nombre de témoignages acquis dans notre étude et aux repères chiffrés concernant l'acceptabilité et les pratiques de lecture à plus grande échelle.

Nous avons pu identifier pour 152 témoignages le type de trouble de santé mentale pour lequel la lecture a été bénéfique (cf. Figure 14). Les troubles de l'humeur sont au premier plan avec les « réactions à situation éprouvante » et les troubles anxieux. Cela est en relation avec les troubles les plus fréquemment rencontrés en consultation de médecine générale. Alors que les troubles du sommeil sont un motif de consultation en médecine générale important, peu de témoignages concernent ce problème. Or nous avons vu qu'il existe des solutions thérapeutiques par bibliothérapie : il convient donc de penser que les gens « médicalisent » plus facilement les insomnies, probablement par une certaine banalisation des traitements hypnotiques. Les insomnies sont une cible de choix pour la bibliothérapie car elle y est efficace et les patients consultent pour ce problème.

Les problèmes relationnels occupent une place importante parmi les témoignages : au sein de la famille, au travail et dans le couple. Ces problèmes-là ne ressortent que marginalement en consultation (toujours d'après les données de l'Observatoire de la Médecine Générale). Nous pensons qu'une sensibilisation est possible en consultation au cours de laquelle une intervention courte par bibliothérapie peut apporter un bénéfice. Donner des outils de gestion du stress et de communication par les livres à propos des relations conjugales ou au travail, permet de prévenir les situations aiguës conflictuelles.

L'analyse qualitative des témoignages montre les mécanismes de ce mouvement intérieur qui génère un bénéfice psychologique. La prise de conscience, le recul par rapport à son quotidien, le soutien empathique, l'apaisement et la prévention sont les catégories thématiques que nous avons pu faire émerger à partir des données. Cette catégorisation n'est pas absolue

mais elle répond aux critères d'exhaustivité (toutes les données ont été prises en compte) et d'exclusivité (les catégories s'excluent entre elles) de présentation des résultats. Si l'on ne peut assurer que toute lecture aura un effet bénéfique sur n'importe quel patient, on ne peut nier qu'il peut se produire un processus qui sera bénéfique. Cela montre en soi que le conseil de lecture est plus qu'un simple conseil pour se divertir. Le conseil de lecture peut être envisagé sous l'angle de l'intervention thérapeutique, soit au cours d'une prise en charge d'un problème de santé mentale, soit en intervention courte chez un patient identifié à risque.

CONCLUSION

La bibliothérapie est l'utilisation de la lecture comme outil de soin et de prévention en santé mentale. Si le terme « bibliothérapie » est un néologisme apparu au début du XX^{ème} siècle, la littérature et la philosophie avaient déjà décrit antérieurement les vertus thérapeutiques de la lecture. De la catharsis aux théories herméneutiques, nous avons vu qu'il existe des modèles décrivant le rapport entre le lecteur, le récit et le trouble de santé mentale.

Les premières expérimentations en bibliothérapie remontent au début du XX^{ème} siècle mais la lecture est restée un outil de soin marginal et peu étudié jusqu'à ce que, progressivement, les thérapies émotivo-rationaliste puis cognitivo-comportementale utilisent la bibliothérapie. La méthodologie de ces thérapies est reproductible : un apprentissage est donc possible par le patient lui-même, à travers les livres. Cette méthodologie permet également l'évaluation de la bibliothérapie à partir des années 80 avec l'avènement de l'Evidence-Based Medicine.

L'évaluation quantitative de la bibliothérapie a démontré, dans certaines conditions, une efficacité dans le traitement de différents troubles de santé mentale. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ont été les plus étudiés. Il ressort de la littérature médicale que la lecture d'un livre de type « self-help » (contenu inspiré du modèle cognitif et comportemental) associée à un suivi en consultation (psychologue ou médecin généraliste) suffit à obtenir une amélioration des troubles. Ces résultats obtenus en conditions expérimentales ont été confirmées en pratique courante de soins primaires. Ces travaux incitent à une diffusion de la bibliothérapie : elle est un outil inexploité en France mais pourtant efficace.

Mais ces expérimentations ne peuvent pas évaluer tous les aspects de la bibliothérapie. Les livres utilisés dans les études répondent tous au même modèle (cognitif et comportemental) car il est le seul à être reproductible, donc exploitable en recherche épidémiologique. La recherche quantitative exclut les autres secteurs littéraires. Les propriétés thérapeutiques des ouvrages littéraires peuvent, en revanche, être étudiées selon une approche qualitative.

Nous avons cherché à identifier la nature des propriétés thérapeutiques de la lecture en général et pas uniquement des livres de type « self-help ». Notre enquête permet une analyse

qualitative des effets de la lecture, chez des sujets ayant présenté un trouble de santé mentale. Différentes modalités d'interaction avec le livre sont isolées : l'expérience d'éveil, la distanciation, le renforcement, l'apaisement et la prévention. Le recueil de témoignages et leur analyse ne constitue pas une preuve mesurable de l'efficacité de la lecture mais confirme et renforce l'idée que le livre est peut-être le meilleur vecteur pour délivrer une thérapie peu accessible autrement.

L'application en soins primaires est soumise à plusieurs conditions dont les principales sont remplies. Tout d'abord, les médecins se révèlent être non seulement des lecteurs réguliers, mais aussi ouverts à l'utilisation de la bibliothérapie. Ensuite, la principale limite à la bibliothérapie est son accessibilité. Toutefois, la grande majorité des patients suivraient un conseil de lecture donné par leur médecin de famille. Cela est conforté par les statistiques en population générale qui montrent que la majorité des gens ont accès à la lecture. L'application de la bibliothérapie par les médecins généralistes ne rencontre pas d'obstacle infranchissable.

La bibliothérapie est une nouvelle forme d'intervention thérapeutique à disposition du médecin généraliste. Il propose quotidiennement des changements de comportements ; il conseille et encourage des adaptations dans le mode de vie. Dans la prescription d'un régime, la gestion du problème passe par un travail psychologique permettant des modifications de comportements. Il en va de même pour les troubles psychiques. Récuser la bibliothérapie au prétexte qu'elle n'est pas, a priori, un outil médical, revient à se priver d'un moyen de prolonger la relation thérapeutique au-delà du temps de la consultation, et à priver le patient d'un outil de soin et de prévention.

Une prise en charge globale vise à recentrer les soins autour du patient, au sein d'un environnement médical technique, qui ne cesse d'effacer l'individu pour ne voir que sa pathologie. L'image de la « pilule » solution à tous les problèmes psychiques a pu contribuer à une certaine méfiance vis-à-vis d'une vision trop technique de ces troubles. La bibliothérapie n'exclut pas les soins techniques (psychotropes, prise en charge spécialisée...), mais elle reconnaît le patient dans sa personnalité. Le médecin n'a pas le monopole de la connaissance : il propose une collaboration dans laquelle le patient a une autonomie et une liberté de pensée.

La bibliothérapie est peut-être le chaînon manquant dans une prise en charge globale des patients. Si d'autres travaux en soins primaires seront nécessaires pour approfondir les

connaissances dans ce domaine nouveau, rien ne s'oppose à sa mise en pratique dès maintenant.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PATIENT

LA BIBLIOTHERAPIE EN MEDECINE GENERALE

Bonjour et merci de m'accorder 5 secondes de lecture.

Je suis Interne en médecine et ceci est un QUESTIONNAIRE POUR MON TRAVAIL DE THESE. JE SERAIS HONORE DE VOTRE PARTICIPATION, LIBRE, RAPIDE ET ANONYME. Le sujet est "LA BIBLIOTHERAPIE EN MEDECINE GENERALE". L'idée est d'étudier la PRESCRIPTION DE LIVRES (la BIBLIO-THERAPIE) par votre médecin généraliste. J'ai donc besoin de votre avis !

Les patients consultent souvent leur médecin suite à des difficultés de vie ou des désordres psychologiques. L'idée est que la lecture, dans certains cas, peut être un outil efficace. Nous aimerions étudier plus précisément cela car nous pensons que la lecture peut être une aide dans le SOIN et dans la PREVENTION en SANTE MENTALE.

Si cela a surtout été étudié en psychologie, ce principe de "traitement" n'a jamais été abordé du point de vue du généraliste. Votre médecin traitant pourrait-il vous proposer des livres comme il vous prescrit des médicaments ? C'est ce que nous nous proposons d'évaluer.

Je vous demande de ne répondre QU'UNE SEULE ET UNIQUE FOIS a mon questionnaire afin de ne pas fausser les résultats. Ayant besoin de la PARTICIPATION LA PLUS LARGE POSSIBLE, VOUS POUVEZ DIFFUSER L'ADRESSE DE CE FORMULAIRE. La validité de l'enquête dépend du nombre de réponses! Je vous remercie encore chaleureusement de votre participation la plus nombreuse possible Je vous prie de croire en mes sentiments les plus respectueux. Pierre-André BONNET (D.E.S. Médecine Générale - Faculté de Marseille)

*Obligatoire

Indiquez votre tranche d'âge *

- ☐ < 20 ans
- ☐ 20 - 29 ans
- ☐ 30 – 39 ans
- ☐ 40 – 49 ans
- ☐ 50 – 59 ans
- ☐ 60 – 69 ans
- ☐ > 70 ans

Vous consultez votre médecin : *

- ☐ moins d'une fois par an
- ☐ 1 à 2 fois par an
- ☐ 3 à 4 fois par an
- ☐ plus de 4 fois par an

Avez-vous déjà rencontré des difficultés psychologiques ? *

Anxiété, attaque de panique, angoisse, phobies, dépression, anorexie, boulimie, impuissance, spasmophilie, trouble du sommeil, réaction à un événement de vie difficile

- ☐ Oui
☐ Non

Donnez une note entre 1 et 10 à l'intensité des difficultés psychologiques que vous avez rencontrées (impact sur votre quotidien, votre bien-être..)

(ne répondez pas si sans objet)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Problème négligeable	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Problème insurmontable
Souffrance négligeable											Souffrance intolérable

Avez-vous parlé de vos difficultés psychologiques à votre médecin ? *

le problème a-t-il été évoqué même lors d'une consultation pour un autre motif ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Sans objet (aucun problème)

Avez-vous présenté des problèmes psychologiques ayant nécessité un suivi médical et/ou des médicaments ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Vous-même, combien de livres lisez-vous par an ? *

- ☐ 0
☐ 1 ou 2 par an
☐ 2 à 6 par an
☐ 6 à 12 par an
☐ > 1 par mois

Avez-vous déjà lu un ouvrage qui vous a été psychologiquement bénéfique ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez préciser dans quelle mesure cette lecture a été bénéfique pour vous:

(Quelle type de difficulté avez-vous rencontré et qu'est-ce-que la lecture a modifié dans vos problèmes ?)

Vous pouvez laisser un commentaire, une réflexion ici.

Merci de votre participation

Accepteriez-vous de suivre un conseil de lecture de la part de votre médecin pour un problème psychologique ? *

C'est-à-dire acheter et lire un ouvrage parce que votre médecin vous le conseille

☐ Oui

☐ Non

Connaissiez-vous le terme "Bibliothérapie" ? *

☐ Oui

☐ Non

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE MEDECIN

LA BIBLIOTHERAPIE EN SOINS PRIMAIRES

Madame, Monsieur, Futur consœur ou confrère, Le questionnaire ci-dessous est une enquête pour une thèse de médecine générale. L'objet est LA BIBLIOTHERAPIE EN SOIN PRIMAIRE. Participer à cette enquête originale ne vous prendra que quelques secondes.

Le principe de la bibliothérapie est d'utiliser des ouvrages dans la prise en charge de certains troubles de santé mentale. Parmi les définitions existantes, on a retenu pour ce questionnaire un "choix de textes comme aide thérapeutique en médecine et psychiatrie ; aide à la solution de problèmes personnels par des lectures guidées ; enfin, utilisation de la lecture comme soutien efficace d'une thérapie." (Eva STOLTZENBERG, « Les livres = ponts entre moi et les autres »).

La bibliothérapie englobe les livres "spécialisés", les "Help-self book" mais également le répertoire littéraire commun. Cette pratique est surtout étudiée en psychologie clinique dans la prise en charge de troubles variés: troubles anxieux, troubles du sommeil, angoisses, phobies et certains troubles de l'érection. La lecture, utilisée comme une "psychothérapie à libération prolongée", peut être une aide pertinente dans le SOIN et dans la PREVENTION EN SANTE MENTALE.

Ayant rencontré un médecin pratiquant la bibliothérapie et ayant été moi-même convaincu par les résultats de cette pratique, j'ai souhaité mener une étude sur ce sujet dans le champ d'exercice des soins primaires. Cet aspect n'a jamais été étudié. La pertinence de l'enquête dépend de votre participation.

Il vous suffit de cliquer pour saisir vos réponses, et de valider avec le bouton "ENVOYER" en bas du formulaire. MERCI DE VOTRE COLLABORATION A CE TRAVAIL DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

***Obligatoire**

Votre âge * (liste déroulante de choix entre 30 et 65 ans).

Vous êtes * ☒ un homme ☐ une femme

Vous êtes installé depuis *

(liste déroulante de choix pour chaque année depuis 1978).

Sur une échelle de 1 à 10, estimez la proportion de vos patients souffrant de troubles psychologiques. * On inclut dans l'item les réactions à situation éprouvante, les troubles de l'humeur, les problèmes d'anxiété, de TOC, d'angoisses, de phobies et les troubles du sommeil.

Aucun de mes patients 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tous mes patients



Face à une plainte psychologique, que faites-vous en PREMIERE INTENTION ? *

- ☐ Vous adressez directement votre patient vers une prise en charge spécialisée (psychiatre, psychologue)
- ☐ Vous privilégiez une approche "psychothérapeutique" (écoute, soutien, discussion...)
- ☐ Vous prescrivez des psychotropes (Benzodiazépine, Antidépresseur, Hypnotique)
- ☐ Autre

si "autre", préciser :

Combien de livres lisez-vous chaque année ? *

- ☐ Aucun
- ☐ 1 à 3
- ☐ 4 à 6
- ☐ 6 à 12
- ☐ > 12

Connaissiez-vous la bibliothérapie ? * (par bibliothérapie, on entend la définition donnée en introduction)

- ☐ Oui ☐ non

Pensez-vous que la lecture peut être proposée en soin primaire comme outil de PREVENTION en santé mentale ? * (Prévention primaire et secondaire des troubles de l'humeur, phobiques, anxieux, du sommeil, ...)

- ☐ Oui ☐ non

Pensez-vous que la lecture peut être proposée en soin primaire comme outil de SOIN en santé mentale ? * (Outil thérapeutique dans la prise en charge des troubles de l'humeur, anxieux et phobiques, du sommeil,..)

- ☐ Oui ☐ non

Vous-même, avez-vous déjà conseillé un ouvrage ? *

- ☐ Oui ☐ non

Si oui, avez-vous constaté un effet bénéfique de la lecture sur votre patient ? (Vous pouvez préciser le titre de l'ouvrage et le contexte clinique)

Commentaire libre sur le sujet (Vos réflexions sont les bienvenues. Merci par avance)

ANNEXE 3 : EXTRAITS DE TEMOIGNAGES

«Je ressentais un mal-être généralisé depuis de nombreuses années sans pouvoir en identifier les origines. La situation s'est fortement dégradée avec le temps pour déclencher un état dépressif pathologique. Mon médecin généraliste est intervenu avec un antidépresseur. En parallèle, sentant bien que ce ne serait pas la solution, j'ai dévoré un certain nombre de d'ouvrages "psy". Leur apport, dans un 1er temps, a été de me permettre de mettre des mots sur mes souffrances, de comprendre à quoi elles correspondaient. Dans un second temps, j'ai pu accepter et mettre petit à petit en place des changements dans mon mode de vie. Je pense être sur la bonne voie.... Je n'ai pas eu d'occasion de revoir mon médecin généraliste depuis plus de 2 ans, mon entourage m'a vue évoluer, je me suis vue évoluer. Les lectures m'ont quelque part permis de faire mon analyse et de trouver des solutions.

Mes lectures sont par ailleurs très diversifiées (policier, romans historiques...) chaque histoire renvoie à la sienne à un moment ou un autre, au travers d'un personnage, d'une situation...je suis certaine, qu'avec le temps, elles permettent également de cheminer. »

Témoignage d'un médecin déprimé : « A distance d'un épisode dépressif sévère, datant de 3 ans, traité par antidépresseurs et quelques consultations avec un psychologue, j'ai cherché dans les ouvrages spécialisés à comprendre pourquoi j'avais craqué et comment prévenir les rechutes.

Ces livres m'aident à changer mon mode de vie qui a déjà radicalement évolué depuis un an. Le dernier livre de C.André est remarquable et je l'ai adopté en livre de chevet: quelques pages que je relis chaque soir. Je l'ai conseillé à des amis mais je constate qu'il est parfois difficile à comprendre à cause du jargon médicopsychologique par certaines personnes. Etant médecin je pense que c'est une aide précieuse qui prolonge la consultation médicale; en libéral il m'arrivait de prêter ce genre de livre à certains patients.

Nous vivons une période où le mal être est de plus en plus grand, le stress de plus en plus difficile à gérer et le temps disponible pour les médecins de plus en plus court, d'où la nécessité de ces livres ».

« La parole juste est toujours du moins chez moi génératrice de compréhension, compréhension qui mène ensuite au changement ou au soulagement. J'ai toujours lu avec l'idée que dans les livres je pouvais trouver des réponses. Je m'aperçois d'ailleurs en répondant au questionnaire que mon premier mouvement, le plus facile a toujours été d'acheter un livre, pour trouver des réponses, pour comprendre, pour progresser. Après tout, on est seul et en véritable intimité avec un livre et c'est une sorte de processus tout personnel. Dans cette "relation" on a le choix d'accepter ou de refuser ce qui est dit, en toute liberté. Ce qui n'est pas le cas face à une personne. Il y a une douceur à ce processus, une véritable liberté d'espace et de temps : on peut y réfléchir à son rythme, ou y revenir plus tard, la liberté reste la même lorsqu'au contraire on le trouve inutile, ou incomplet ou parfois carrément délirant... Un livre n'impose rien. On y prend simplement ce dont on a besoin. Certains livres sont ainsi devenus comme des compagnons de vie, pour moi, certains

m'ont permis de véritablement progresser à ma façon, à ma mesure, sans me forcer, sans devoir quoique ce soit à quelqu'un sinon à moi même...j'y reviens parfois quand j'en ressens le besoin ou que les évènements de ma vie me bousculent à nouveau. Et je constate effectivement, que lorsque, parfois, la parole est juste, elle a ce pouvoir sur moi. Un pouvoir guérisseur en quelque sorte. »

« Toutes les lectures sont bénéfiques pour moi, mais je les sélectionne. J'aime par dessus tout celles conseillées par des amis, livres prêtés ou offerts : c'est un cadeau un message ciblé, délivré par ce donateur, une preuve d'amitié et d'intérêt. Déjà en cela c'est salvateur ! Le livre : un objet transitionnel, preuve matérielle d'une amitié ? Après bien sûr les intérêts de lectures sont multiples et variés : évasion du quotidien, ou contraire similitude des situations rencontrées par les personnages et en ce cas identification, qui rassure et permet d'analyser les choix que le personnage a fait dans une situation donnée, permet de les "vivre" par procuration. Et de prendre du recul sur sa propre vie. J'aime beaucoup l'expression des pensées, les belles phrases celles que j'aimerais pouvoir dire, celles qui expriment ce que je ressens »

« Vu la consommation d'antidépresseurs dans notre pays, cette alternative pourrait être très utile, surtout quand le problème en est à un stade précoce. Dans mon "beau" métier de sage-femme, on conseille parfois un livre aux mères qui ont perdu leur bébé. Le fait de réaliser, grâce à des témoignages, qu'elles ne sont pas seules dans ce cas et qu'on peut continuer à construire sa vie, peut contribuer à les aider. »

« J'ai été confronté à des attaques de panique après l'incident d'AZF à Toulouse. Cette phase s'est poursuivie mais de façon moins intense, en effet je fais aujourd'hui l'objet d'angoisses mais moins importantes qu'avant. Mon thérapeute m'avait conseillé de lire un ouvrage sur les moyens de prévenir ce type d'anxiété ce qui m'a beaucoup aidé. »

« Le fait de m'identifier au personnage du livre et de voir de quelle manière il abordait certains problèmes, ou quel comportement il adoptait face à certaines situations, m'a permis de prendre du recul face à mes propres réactions. »

ANNEXE 4 : Extrait de « Sur la lecture » de Marcel Proust.

« Il est cependant certains cas pathologiques pour ainsi dire, de dépression spirituelle, où la lecture peut devenir une sorte de discipline curative et être chargée, par des incitations répétées, de réintroduire perpétuellement un esprit paresseux dans la vie de l'esprit. Les livres jouent alors auprès de lui un rôle analogue à celui des psychothérapeutes auprès de certains neurasthéniques. On sait que, dans certaines affections du système nerveux, le malade, sans qu'aucun de ses organes soit lui-même atteint, est enlisé dans une sorte d'impossibilité de vouloir, comme dans une ornière profonde d'où il ne peut se tirer tout seul, et où il finirait par dépérir, si une main puissante et secourable ne lui était tendue. Son cerveau, ses jambes, ses poumons, son estomac sont intacts. Il n'a *aucune incapacité réelle* de travailler, de marcher, de s'exposer au froid, de manger. Mais ces différents actes, qu'il serait très capable d'accomplir, il est incapable de les vouloir. Et une déchéance organique qui finirait par devenir l'équivalent des maladies qu'il n'a pas serait la conséquence irrémédiable de l'inertie de sa volonté, si l'impulsion qu'il ne peut trouver en lui-même ne venait du dehors, d'un médecin qui voudra de lui, jusqu'au jour où seront rééduqués ses divers pouvoirs organiques. Or, il existe certains esprits qu'on pourrait comparer à ces malades, et qu'une sorte de paresse ou de frivolité empêche de descendre spontanément dans les régions profondes de soi-même où commence la véritable vie de l'esprit. Ce n'est pas qu'une fois qu'on les y ai conduits ils ne sont capables d'y découvrir et d'y explorer de véritables richesses, mais, sans cette intervention étrangère, ils vivent à la surface dans un perpétuel oubli d'eux-mêmes, dans une sorte de passivité qui les rend les jouets de tous les plaisirs, les diminue à la taille de ceux qui les entourent et les agitent, et, pareils à ce gentilhomme qui, partageant depuis son enfance la vie des voleurs de grand chemin, ne se souvenait plus de son nom, pour avoir depuis trop longtemps cessé de le porter, ils finiraient par abolir en eux tout sentiment et tout souvenir de leur noblesse spirituelle, si une impulsion extérieure ne venait les réintroduire en quelque sorte de force dans la vie de l'esprit, où ils retrouvent subitement la force de penser par eux-mêmes et de créer. Or, cette impulsion que l'esprit paresseux ne peut trouver en lui-même et qui doit lui venir d'autrui, il est clair qu'il doit la recevoir au sein de la solitude hors de laquelle, nous l'avons vu, ne peut se produire cette activité créatrice qu'il s'agit précisément de ressusciter en lui. De la pure solitude l'esprit paresseux ne pourrait rien tirer, puisqu'il est incapable de mettre lui-même en branle son activité créatrice. Mais la conversation la plus élevée, les conseils les plus pressants ne lui serviront à rien, puisque cette activité originale, ils ne peuvent la produire directement. Ce qu'il faut donc, *c'est une intervention qui, tout en venant d'un autre, se produise au fond de nous-mêmes, c'est bien l'impulsion d'un autre esprit, mais reçue au sein de la solitude. Or nous avons vu que c'était précisément là la définition de la lecture, et qu'à la lecture seule elle convenait.* La seule discipline qui puisse exercer une influence favorable sur de tels esprits, c'est donc la lecture : ce qu'il fallait démontrer, comme disent les géomètres. Mais, là encore, la lecture n'agit qu'à la façon d'une incitation qui ne peut en rien se substituer à notre activité personnelle ; elle se contente de nous en rendre l'usage, comme, dans les affections nerveuses auxquelles nous faisons allusion tout à l'heure, le psychothérapeute ne fait que restituer au malade la volonté de se servir de son estomac, de ses jambes, de son cerveau restés intacts. Soit d'ailleurs que tous les esprits participent plus ou moins à cette paresse, à cette stagnation dans les bas niveaux, soit que, sans lui être nécessaire, l'exaltation qui suit certaines lectures ait une influence propice sur le travail personnel, on cite plus d'un écrivain qui aimait à lire une belle page avant de se mettre au travail. Emerson commençait rarement à écrire sans relire une page de Platon. Et Dante n'est pas le seul poète que Virgile ait conduit jusqu'au seuil du paradis. »

ANNEXE 5 : Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)

Le Dictionnaire des résultats de consultation est un outil proposé par la Société Française de Médecine Générale, destiné au médecin généraliste. Il est conçu sur la base des travaux du Dr BRAUN. Le résultat de consultation n'est pas un thésaurus syndromique, mais une synthèse des situations le plus fréquemment rencontrées en consultation. Dans sa dernière version, le DRC rassemble 272 Résultats de Consultation qui représentent 95% des problèmes rencontrés en Médecine Générale. Il permet d'établir un langage commun dans la gestion de l'incertitude au quotidien. Pour chaque Résultat de consultation codé en fin de consultation, il existe des référentiels. Dans un but statistique, l'Observatoire de la Médecine Générale collecte les données des médecins utilisant cet outil, depuis les années 80, constituant une base statistique considérable en lien avec chaque RC.

Dans la catégorie « Psychisme » qui nous intéresse ici, le Dictionnaire des Résultats de Consultations propose 27 Résultats de Consultation :

asthénie-fatigue	Phobie
alcool (problème)	plainte polymorphe
anorexie-boulimie	problème de couple
anxiété-angoisse	problème familial
asthénie-fatigue	problème professionnel
comportement (trouble)	psychique (trouble)
dépression	réaction à situation éprouvante
difficulté scolaire	sexuelle (dysfonction)
énurésie	suicide (tentative)
humeur dépressive	Sd maniaco-dépressif
insomnie	Tic
mémoire (perte)	Toxicomanie
migraine	Trac
nervosisme	

ANNEXE 6 : Exemple de liste d'ouvrages à destination des patients

Avec l'aimable autorisation du Dr P.F. Chevallier.

Général, estime de soi, affirmation de soi, émotions

- 1) "**S'aider soi même**" de Lucien Auger. Edition de l'Homme
- 2) "Petites angoisses et grosses phobies". Edition du seuil
- 3) "Dessiner ses émotions". Edition Marabout
- 4) "Gérer le stress". Editions du Retz
- 5) "Traiter la dépression ". Editon du Retz
- 6) " Savoir s'affirmer ". Edition du Retz
- 7) « Savoir communiquer ». Edition de l'Homme
- 8) "Comment apprivoiser son crocodile". Edition Laffont
- 9) " Le harcèlement moral ". Edition poche
- 10) "Savoir se motiver". Editions du Retz
- 11) « Cessez d'être gentil, soyez vrai ! ». Editions de l'Homme
- 12) " Savoir gérer les violences du quotidien ". Edition du Retz
- 13) "Comment ne pas se gâcher la vie ". Edition Odile Jacob
- 14) " Comment avoir de bonnes relations avec les autres". Edition Odile Jacob
- 15) "IMPARFAIT, LIBRE & HEUREUX ".Edition Odile Jacob (travail sur estime de soi)
- 16) "TRISTESSE, PEUR, COLERE - agir sur ses émotions". Edition Odile Jacob
- 17) "MENSONGE et VERITE de nos EMOTIONS" de Serge TISSERON
- 18) " FRERES et SOEURS maladie d'AMOUR'
- 19) " PSY , SEX , & FUN ". Edition Tornade ISBN 9 782354 860028 (une approche de la sexualité a partir de blagues tendres ou croustillantes ..)
- 20) "Ces dépendances qui nous gouvernent - comment s'en libérer ?". Poche
- 21) "PETITS PENIBLES et GROS CASSES PIEDS ". Christophe ANDRE et MUZO. Seuil
- 22) "Les ennemis intérieurs-obsessions et compulsion". J.Cottraux. Edition Odile Jacob
- 23) "DIEU ne m'a pas parlé - Vingt ans au couvent". Anne Pontille. Editions Anne Carrière
- 24) « La Force de l'optimisme Apprendre à faire confiance à la vie ».
- 25) "Comment mener une discussion difficile avec son patron, sa femme, son mari, ses enfants, ses voisins". Edition du seuil
- 26) "Guide de survie - maitrisez votre ANXIETE ". Editions Broquet

Sexologie et couple:

- F.-X.POUDAT, "Mieux vivre sa sexualité", Odile Jacob, 2000,
- S.MIMOUN, R.ETIENNE, "Sexe et sentiments - version femme", Albin Michel, 2004,
- S.MIMOUN, R.ETIENNE, "Sexe et sentiments - version homme", Albin Michel, 2004,
- I.BORTEN-KRIVINE, "Ados, amour et sexualité" - version fille,
- S.MIMOUN, R.ETIENNE, "Ados, amour et sexualité" - version garçon)
- V.D.RASKIN, "Les mères aussi aiment ça ...", Ed. de l'Homme, 2003, en plein dans le sujet pour le post-partum !
- J.HEIM, L.JO PICCOLO, J.JO PICCOLO, "Atteindre l'orgasme", Québecor.
- F.CARR, P.SUTTER, (pseudos de François de CARUFEL, et Patrick de SUTTER, Montréal et Louvain), "Confidential file 101, Anglehart Press, 2001. Il s'agit d'un roman "sexo-informatif": le héros d'un roman policier consulte le "Dr CARTER", sexologue, pour ses difficultés sexuelles (dans ce 1^{er} livre: éjaculation précoce). Le lecteur suit les consultations, en plus de l'intrigue. Combine les approches TCC et Sexo-corporelle de J.-Y.DESJARDINS.
- A.T.BECK, "Love is never enough", Penguin Books, 1988,
- A.T.BECK, "Prisonniers de la haine", Masson, 2002, Approche cognitive des racines de la violence, avec un chapitre sur "les ennemis intimes".
- A.COMTE-SPONVILLE, "Petit traité des grandes vertus", P.U.F.. L'amour dans ses définitions philosophiques
- J.M.GOTTMAN, N.SILVER, "Les couples heureux ont leurs secrets", J.Cl.Lattès, 2000, Concret (américain schématique), apporte des repères, utile pour la gestion du couple et particulièrement pour celle des conflits de couple.
- G.LELEU, "Le traité des caresses", J'ai lu. "La mâle peur", J'ai lu.
- A.PEASE, B.PEASE, "Pourquoi les hommes n'écoutent jamais rien, et pourquoi les femmes ne savent pas lire les

cartes routières", First, 2001, Un manuel du couple ?

D. de ROUGEMONT, " L'amour et l'occident ", 10-18, 1972, p. 327 à 336. Le mariage comme décision; état amoureux et acte d'aimer.

F.LELORD, "Ulik au pays du désordre amoureux", Ed. Oh !, 2003, (roman) Les relations entre les hommes et les femmes, à Paris, vues par un inuit !

C.SINGER, "Eloge du mariage, de l'engagement et autres folies", Albin Michel, Essai (?) délicieusement écrit !

A.JARDIN, "L'île des gauchers", Folio, 1995 (roman). Une île où l'occupation essentielle est d'apprendre à aimer.

C.STEINER, "Le conte chaud et doux des chaudoudoux", Interéditions, Délicieux conte illustré par Pef, écrit par un praticien de l'analyse transactionnelle. Pour petits et grands !

Autour du sujet, mais souvent d'une bonne utilité:

C.CUNGI, "Savoir gérer son stress", Retz, 1999, .FANGET, "Oser", O.Jacob, 2003, Sur la confiance en soi, et bien plus que cela !

F.LELORD, C.ANDRE, "L'estime de soi", O.Jacob,

F.LELORD, C.ANDRE, "La force des émotions", O.Jacob, Les principales émotions à partir de différents points de vue. Complète bien le livre des PEASE ci-dessus.

F.LELORD, C.ANDRE, "Comment gérer les personnalités difficiles", O.Jacob, 1996. Avec des petits conseils: "et si c'est votre femme, votre mari, ...

I.NAZARE-AGA "Les manipulateurs sont parmi nous", Ed. de l'homme, 1997, Version TCC du "Harcèlement moral"

I.NAZARE-AGA "Les manipulateurs et l'amour"" Ed. de l'homme, 2000, NB: I.NAZARE-AGA vient animer un atelier pour l'AFFORTHECC à Lyon en 2006.

D.PLEUX, "De l'enfant roi à l'enfant tyran", O.Jacob, 2002, "À offrir à toute femme qui accouche" (dixit mon épouse !)

Et la suite: D.PLEUX, "Manuel d'éducation à l'usage des parents d'aujourd'hui", O.Jacob, 2004, Et, bien sûr, vos ouvrages préférés sur l'affirmation de soi !

" Comment aider un enfant hyperactif ". Edition Odile Jacob

Et pour ceux qui "rejouent" sans cesse le même film:

J.COTTRAUX, "La répétition des scénarios de vie", Odile Jacob, 2001, Incontournable.

J.E.YOUNG, J.S.KLOSKO, "Je réinvente ma vie", Editions de l'homme, 1995, très utile pour les patient(e)s qui retombent sans cesse dans les mêmes pièges relationnels, qui ne peuvent pas se quitter mais qui ne peuvent pas vivre ensemble (et qui en souffrent !). Intérêt + + (mis à part le titre et les "tests"). Attention, ouvrage qui peut brasser nos patients !

BIBLIOGRAPHIE

1. INVS. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale: images et réalités". 2007 Aou.
2. COLIN-SIMARD V, SENK P. Bibliothérapie: ces livres qui nous aident à mieux vivre. Psychologies. 2000 Jui.
3. GLASGOW R, ROSEN G. Behavioral bibliotherapy: a review of self-help behavior therapy manuals. Psychological Bulletin 1978;85:1-18.
4. Ouaknin M-A. Bibliothérapie. Lire, c'est guérir. Seuil, 1994.
5. JONES JL. A Closer Look at Bibliotherapy. Young Adult Library Services.2006.
6. ALPTUNA F. Qu'est-ce que la bibliothérapie ? Bull Bibl France. 1994;39(4).
7. INSERM. Psychothérapie, trois approches évaluées. 2004 Fev:568.
8. DYSART-GALE D. Lost in Translation: Bibliotherapy and Evidence-Based Medicine. J Med Humanit2008 2008;29:33-43.
9. MARRS R. A meta-analysis of bibliotherapy studies. Am J Community Psychol.1995 Dec;23(6):843-70.
10. CUIJPERS P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1997 Jun;28(2):139-47.
11. CUIJPERS P, VAN LAMMEREN P. Secondary prevention of depressive symptoms in elderly inhabitants of residential homes. Int J Geriatr Psychiatry 2001 Jul;16(7):702-10.
12. FLOYD M, SCOGIN F, MCKENDREE-SMITH NL, FLOYD DL, ROKKE PD. Cognitive Therapy for Depression: A Comparison of Individual Psychotherapy and Bibliotherapy for Depressed Older Adults. Behavior Modification. 2004 Mar;28(2):297-328.
13. FLOYD M, ROHEN N, SHACKELFORD JA, HUBBARD KL, PARNELL MB, SCOGIN F, et al. Two-Year Follow-Up of Bibliotherapy and Individual Cognitive Therapy for Depressed Older Adults. Behavior Modification. 2006;30(3):281-94.
14. SCHOEVERS R, SMIT F, DJ D, CUIJPERS P, DEKKER J, VAN TILBURG W, et al. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin ? Am J Psychiatry. 2006 Sep;163(9):1611-21.
15. CUIJPERS P, SMIT F, VAN STRATEN A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. . Acta Psychiatr Scand. 2007 Jun;115(6):434-41.
16. MORGAN A, JORM A. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. Ann Gen Psychiatry. 2008 Aug 19;7:13.
17. CUIJPERS P, VAN STRATEN A, SMIT F, MIHALOPOULOS C, BEEKMAN A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. Am J Psychiatry. 2008 Oct;165(10):1272-80.
18. CUIJPERS P, MUÑOZ R, CLARKE G, LEWINSOHN P. PSychoeducational treatment and prevention of depressionI the "coping with depression" course thirty years later. Clin Psychol rev. 2009 Jul;29(5):449-58.
19. SPEK V, CUIJPERS P, NYKLICEK I, RIPER H, KEVZER J, POP V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety:a meta-analysis. Psychol Med2007. Mar;37(3):319-28.
20. SPEK V, CUIJPERS P, NVKLICEK I, SMITS N, RIPER H, KEVZER J, et al. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. Psychol Med. 2008;38(5):635-9.
21. VAN STRATEN A, CUIJPERS P, SMITS N. Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomizes controlled trial. J Med Internet Res. 2008 Mar 25;10(1):e7.

22. WARMERDAM L, STRATEN AV, TWISK J, RIPER H, CUIJPERS P. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2008 Nov 10;10(4):e44.
23. VAN'T HOF E, CUIJPERS P, STEIN D. Self-help and Internet-guided intervention in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analyses. *CNS Spectr*. 2009 Feb;14(2 suppl 3):34-40.
24. GUIRGUIS M, CAPPELIEZ P. Alternative de soins: La bibliothérapie comme intervention auprès des personnes âgées dépressives = Bibliotherapy for depressive elderly people. *Gérontologie et société*. 1999(88):109-20.
25. BOWER P, RICHARDS D, LOVELL K. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2001 Oct.
26. WILLEMSE G, SMIT F, CUIJPERS P, TIEMENS B. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. Randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Nov; 185:416-37.
27. CUIJPERS P, SMIT F, VOORDOUW I, KRAMER J. Outcome of cognitive behaviour therapy for minor depression in routine practice. *Psychol Psychother*. 2005;78:179.
28. NAYLOR EV, ANTONUCCIO DO, JOHNSON G, SPOGEN D, O'DONOHUE W. A Pilot Study Investigation Behavioral Prescriptions for Depression. *J Clin Psychol Med Settings*. 2007; 14:152-9.
29. VAN'T VEER-TAZELAAR P, VAN MARWIJK H, VAN OPPEN P, VAN HOUT H, VAN DER HORST H, CUIJPERS P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):297-304.
30. LIDREN D, WATKINS P, GOULD R, CLUM G, ASTERINO M, TULLOCH H. A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1994 Aug;62(4):865-9.
31. MATAIX-COLS D, MARKS IM. Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: a review. *European Psychiatry* 2006 Mar;21(2).
32. ABRAMOWITZ J, MOORE EL, BRADDOCK AE, HARRINGTON DL. Self-Help cognitive-behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008 Apr 26.
33. RAPEE R, ABBOTT M, BAILLIE A, GASTON J. Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *Br J Psychiatry*. 2007 Sep;191:246.
34. HIRAI M, CLUM G. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problem. . *Behav Ther*. 2006;37:99-111.
35. CUIJPERS P, SCHUURMANS J. Self-help interventions for anxiety disorders: an overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2007 Aug.;9(4):282-90.
36. EHLERS A, CLARK DM, HACKMANN A, MCMANUS F, FENNELL M, HERBERT C, et al. A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy, a Self-help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60:1021-32.
37. BURNS ST. Utilizing Fictional Stories When Counseling Adults. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2008;3(4):441-54.
38. VAN LANKVELD J. Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Aug;66(4):7020-8.
39. VAN LANKVELD J, LEUSINK P, VAN DIEST S, GIJS L, SLOB A. Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *J Sex Med*. 2009 Jun 2.
40. VAN LANKVELD J. Self-help therapies for sexual dysfunction. *J Sex Res*. 2009 Mar-Jun;46(2-3):143-55.
41. DE SUTTER P, REYNAERT C, VAN BROECK N, DE CARUFEL F. Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. . *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2002;12(4):131-6.

42. GROTJOHANN Y. Cognitive-behavioral Bibliotherapy for Sexual Dysfunctions in Heterosexual Couples: A Randomized Waiting-list Controlled Clinical Trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research*. 2001 Feb 01.
43. PARDECK J, PARDECK J. Bibliotherapy for children in foster care and adoption. *Child Welfare*. 1987 May-Jun;66(3):269-78.
44. PARDECK J. Children's literature and child abuse. *Child Welfare*. 1900 Jan-Feb;69(1):83-8.
45. PARDECK J. Using books to prevent and treat adolescent chemical dependency. *Adolescence*. 1991 Spring;26(101):201-8.
46. PARDECK J. Using literature to help adolescents cope with problems. *Adolescence*. 1994 Summer;49(114):421-7.
47. PARDECK J. Recommended books for helping children deal with separation and divorce. *Adolescence*. 1996 Spring;31(121):233-7.
48. PEHRSSON D-E, ALLEN VB, FOLGER WA, MCMILLEN PS, LOWE I. Bibliotherapy with Preadolescents Experiencing Divorce. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2007;15(4):409-14.
49. PARSLOW R, MORGAN A, ALLEN N, JORM A, O'DONNELL C, PURCELL R. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. *Med J Aust*. 2008 Mar 17;188(6):355-64.
50. HAHKWEG K, HEINRICHS N, KUSCHEL A, FELDMANN M. Therapist-Assisted, Self-Administered Bibliotherapy to Enhance Parental Competence: Short and Long-Term Effects. *Behavior Modification*. 2008;32(5):659-81.
51. FORGAN JW. Using Bibliotherapy To Teach Problems Solving. *Intervention in School and Clinic*. 2002;38(2):75-82.
52. REGAN K, PAGE P. "Character" Building: Using Literature to Connect With Youth. *Reclaiming Children and Youth: The Journal of Strength-based Interventions*. 2008;16(4):37-43.
53. STICE E, ROHDE P, SEELEY JR, GAU JM. Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for High-Risk Adolescents Outperforms Two Alternative Interventions: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008 Aug;76(4):595-606.
54. REGISTER A, BECKHAM J, MAY J, GUSTAFSON D. Stress inoculation bibliotherapy in the treatment of test anxiety. *Journal of counseling psychology*. 1991;38(2):115-9.
55. FURNER JM. Using bibliotherapy to overcome math anxiety. *Academic Exchange Quarterly*. 2004 Jun 22.
56. RAPEE RMA, Maree J, LYNEHAM HJ. Bibliotherapy for Children With Anxiety Disorders Using Written Materials for Parents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006 Jun;74(3):436-44.
57. MENDOZA Z. Bibliothérapie: expériences du secteur jeunesse de la bibliothèque provinciale "Julio Antonio Mella", Camagüey, Cuba. *World Library and Information Congress*; 2007 Jul 27; Durban.
58. MICHAUDON H. La lecture, une affaire de famille. *INSEE Première*. 2001 Mai(777).
59. APODACA T, MILLER WR, SCHERMER CR, AMRHEIN PC. A Pilot Study of Bibliotherapy to Reduce Alcohol Problems among Patients in a Hospital Trauma Center. *Journal of Addictions Nursing*. 2007 Sep;18(4):167-73.
60. APODACA T, MILLER WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems: The status of self-administered treatment. *Journal of clinical psychology*. 2003;59(3):289-304.
61. ROPER H, KRAMER J, SMIT F, CONIJN B, G S, CUIJPERS P. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):218-27.
62. ROPER H, KRAMER J, KEUKEN M, SMIT F, SCHIPPERS G, CUIJPERS P. Predicting successful treatment outcome of web-based self-help for problem drinkers: secondary analysis from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2008 Nov 22;10(4):e46.

63. MIMEAULT V, CM M. Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):511-20.
64. VAN STRATEN A, CUIJPERS P, SMIT F, SPERMON M, VERBEEK I. Self-help treatment for insomnia through television and book: a randomized trial. *Patient Educ Couns*. 2009;74(1):29-34.
65. VAN STRATEN A, CUIJPERS P. Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2009 Feb.;13(1):61-71.
66. RITTERBAND LM, FRANCES P, THORNDIKE P, LINDA A, GONDER-FREDERICK P, CHARLES M, et al. Efficacy of an Internet-Based Behavioral Intervention for Adults With Insomnia. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):692-8.
67. GOUDREAU A, CÔTE G. La bibliothérapie: comment favoriser l'alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie*. 2001;22(3).
68. INSEE. Consultation médicale au cours des 12 derniers mois selon l'âge. 2005: disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS.
69. L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. 2007.
70. BIJL R, RAVELLI A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health*. 2000;90:602-7.
71. Source: Observatoire de la médecine générale (SFMG). 2006-4.
72. INSEE. Principaux motifs de recours aux médecins libéraux ou diagnostics selon l'âge et le sexe. 2006.
73. Chiffres Clés 2008 - Statistiques de la culture. Paris: Ministère de la Culture et de la Communication 2008.
74. INSEE. Enquêtes permanentes sur les conditions de vie, de 1999 à 2005.: disponible sur : www.invs.sante.fr.
75. INSEE. Comptes Nationaux. Ministère de la culture et de la communication. 2009.
76. HECQUARD P. L'éducation thérapeutique: Ordre National des Médecins. 2009 Avr.
77. Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. DRESS: Etudes et Résultats. 2006 Nov;533.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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