

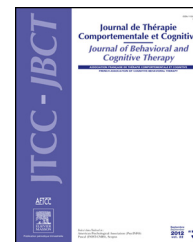


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Essai de mise en place de la réhabilitation psychosociale au CNHUP de Cotonou : à propos de deux cas



Implementation of test psychosocial rehabilitation at CNHUP to Cotonou: About two cases

Grégoire Magloire Gansou^{a,*}, Anselme Djidonou^d, Francis Tognon^d, Emilie Fioffi Kpadonou^b, Adéossi Adeogoun^c, Mathieu C. Tognide^a, Josiane Ezin Hougbe^b

^a Département de santé mentale, faculté des sciences de la santé, université d'Abomey-Calavi, centre national hospitalier et universitaire de psychiatrie de Cotonou, 01 BP 188, Cotonou, Bénin

^b Département de santé mentale, faculté des sciences de la santé, université d'Abomey-Calavi, centre national hospitalier et universitaire HKM, 01 BP 188, Cotonou, Bénin

^c Département de psychologie et des sciences de l'éducation, faculté des lettres, arts et sciences humaines, université d'Abomey-Calavi, BP 526, Abomey-Calavi, Bénin

^d Département de santé mentale, faculté de médecine, université de Parakou, BP 123, Parakou, Bénin

Reçu le 11 février 2014 ; reçu sous la forme révisée le 5 juin 2017 ; accepté le 6 juin 2017

Disponible sur Internet le 8 juillet 2017

MOTS CLÉS

Schizophrénie ;
Thérapies
comportementales et
cognitives ;
Psychotropes ;
Programme
d'entraînement aux
habiletés sociales

Résumé Les psychotropes sont rarement suffisants dans le traitement des psychoses chroniques et une approche multidisciplinaire du patient est souvent nécessaire. L'objectif de cet article est de montrer la place des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement des troubles schizophréniques. Deux patients souffrant de schizophrénie du centre national hospitalier et universitaire de psychiatrie (CNHUP) de Cotonou ont bénéficié de la technique d'entraînement aux habiletés sociales dans le but d'acquérir des compétences afin de mieux gérer au quotidien leur traitement, leur équilibre familial et leurs relations interpersonnelles. Les modules d'entraînement proposés concernaient l'hygiène corporelle, les habiletés de conversation et de loisir, et l'éducation au traitement neuroleptique. Ce type d'intervention a permis d'accroître les compétences cognitives et sociales de ces patients. Les durées d'hospitalisation étaient réduites, la fréquence des hospitalisations diminuée et les capacités d'adaptation socio-familiale améliorées. L'efficacité des programmes de réhabilitation des états psychotiques chroniques est signalée par plusieurs auteurs soit en monothérapie, soit en association avec la chimiothérapie. La variabilité des résultats obtenus découle

* Auteur correspondant. 03 BP 1890, Cotonou, Bénin.
Adresse e-mail : gregansou@gmail.com (G.M. Gansou).

KEYWORDS

Schizophrenia;
Cognitive behavior
therapy;
Psychotropes;
Social skills
programme

de divers facteurs. Les thérapies comportementales et cognitives permettent d'élargir les possibilités thérapeutiques proposées aux patients souffrant de schizophrénie. Leur mise en œuvre présente un intérêt particulier dans la réhabilitation psychosociale des patients souffrant de psychose chronique.

© 2017 Association Française de Therapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – Chemotherapy alone is rarely sufficient in the treatment of chronic psychoses and recently there has been growing interest in the rehabilitation of the patient and their family. However, no previous research on the psychosocial rehabilitation of patients suffering from schizophrenia has been carried out in Benin.

Aim. – The aim of this study was to highlight the importance of psychosocial rehabilitation cognitive-behavioral techniques in the treatment of patients suffering from schizophrenia.

Method. – Two patients from the Centre national hospitalier et universitaire de psychiatrie (National University Hospital Centre for Psychiatry) in Cotonou suffering from schizophrenia were offered psychosocial skills training with the objective of acquiring rehabilitation skills. The program was preceded by motivational interviews based essentially on open questions, reflective listening and summaries. Discussions focused on the advantages of such a program and the secondary benefits of taking responsibility for their own care. The importance of making changes as well as the ability to do so were also considered. A therapeutic contract allowed patients and therapists to commit to and respect each stage of the programme. Rehabilitation activities were carried out in the form of modeling participation and focused on three modules: bodily hygiene (learning to respect a regular waking time, washing oneself, preparing a meal and washing-up), conversation and leisure skills (increasing leisure time, participating in group activities or institutional meetings, taking part in an art therapy workshop), psychoeducation (information concerning the treatment of the illness, conditions for efficiency of prescribed medication and its undesirable effects, adaptation of doses, prevention and treatment of secondary effects). The program was run by a group of therapists composed of psychiatrists and psychologists, following a clinical evaluation of symptoms based on DSM-IV-R criteria as well as a functional analysis inspired by the BASIC IDEA scale which allowed the diagnosis of deficit schizophrenia. The program lasted three months: one month per module at a rhythm of four hours a week (16 hours per module in total). At the end of the therapy, the patients were seen on a monthly basis over a period of three months. The degree of implication was assessed using a rating scale, which evaluated performance carrying out prescribed tasks during therapy. Relatives of the patients were interviewed over a period of one to two months following the therapy to obtain a subjective and qualitative measure of progress made.

Results. – This type of intervention enabled the patient to develop behavioural, cognitive and social skills. The length of hospital stay was reduced, the frequency of hospitalizations diminished and sociofamilial adaptation skills were improved.

Discussion. – The efficiency of rehabilitation programmes for chronic psychotic conditions is highlighted by several authors, either as monotherapy, or in association with chemotherapy (Azaïs and Ganger, 1997). The variability of the results obtained is due to several factors and requires motivation on the part of the patient (Konen et al., 1993). Behavioral and cognitive techniques of psychosocial rehabilitation enable a wider range of therapeutic possibilities to be offered to patients suffering from schizophrenia. In general, they allow patients to better understand the evolutive aspects of their illness and to better manage treatment in agreement with the prescriber. These therapies are particularly interesting in the psychosocial rehabilitation of patients suffering from chronic psychosis who relearn, acquire and develop skills progressively through role-play in the repetition of tasks, reinforcement, observation of others and behavioral modeling.

Conclusion. – The practice of psychosocial rehabilitation techniques seems to be an important variable in the treatment of patients suffering from schizophrenia but it is still little used in Benin, as in other African countries, due to lack of qualified personnel. The results from this study should incite psychiatric services and hospitals to develop similar programmes.

© 2017 Association Française de Therapie Comportementale et Cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La schizophrénie représente un problème de santé publique majeur. L'OMS estime sa prévalence à 1 % de la population générale quel que soit le pays [1]. Sous l'appellation de schizophrénie, on regroupe un ensemble de troubles mentaux graves caractérisés par leur évolution chronique et par l'association en proportion variable d'un syndrome de désorganisation, de distorsion de la réalité et d'appauvrissement [2]. La médication ne constitue pas à elle seule la réponse complète au traitement de cette maladie mentale. La limite la plus évidente des médicaments est qu'ils n'améliorent pas l'intégration sociale des patients même en l'absence des symptômes. Une approche plus complète, dont le but est de réduire l'incapacité des patients, s'avère indiquée dans la plupart des cas. Forts de cette nécessité, des modules de réhabilitation psychosociale sont de plus en plus pratiqués dans le traitement de la schizophrénie ; ce qui n'est pas encore le cas au CNHUP de Cotonou. Ces modules ajoutent au traitement neuroleptique au long cours un meilleur fonctionnement social et couvrent plusieurs domaines dont celui de la gestion des symptômes, de l'éducation au traitement neuroleptique, du travail et la recherche d'emploi et des loisirs [3].

Les études de cas qui suivent constituent une illustration d'une prise en charge cognitivo-comportementale basée sur trois modules d'entraînement aux habiletés sociales.

Étude de cas

Cas clinique 1 : C.N.

Monsieur C.N. est un patient de 44 ans, sans profession, célibataire sans enfants, admis en hospitalisation accompagné par sa mère, pour incurie, agressivité, désintérêt pour toutes activités et consommation de substances psychoactives.

Il était suivi en milieu psychiatrique depuis 22 ans avec plusieurs hospitalisations et était traité avec différents neuroleptiques. Depuis deux ans, la chimiothérapie (Olanzapine) est restée inchangée et sans efficacité sur les compétences sociales.

L'enquête sociale a révélé que C.N. ne communique pas avec ses proches. Les parents le décrivent comme « paresseux ». Chaque fois qu'on lui trouve une activité, il l'abandonne au bout d'un certain temps.

L'examen psychiatrique a mis en évidence un discours désorganisé, un apragmatisme, un détachement, un rationalisme morbide et un trouble de l'humeur avec des réactions hétéro-agressives. Tous ces signes témoignent de l'existence d'une schizophrénie désorganisée au sens du DSM-IV-R [4].

En hospitalisation, on observait chez C.N. une extrême passivité, un apragmatisme, un détachement, et son manque d'implication personnelle dans les activités de groupe. Lors de jeux de cartes, il demeurait généralement silencieux et se retirait dans sa chambre. Il en venait fréquemment à de brusques altercations verbales incongrues et non justifiées. En groupe de parole, il prenait le tour des autres, leur coupait la parole et haussait le ton sur eux.

Il refusait également de se laver et ne manifestait aucun intérêt ni pour la lecture ni pour la télévision.

Cas clinique 2 : A.R.

Monsieur A.R., âgé de 31 ans, est graphiste de formation, célibataire sans enfants. Il était admis en hospitalisation pour insomnie, agressivité verbale et physique, agitations psychomotrices et absentéisme au travail. Par ailleurs, l'examen psychiatrique a révélé des symptômes qui font évoquer le diagnostic d'un trouble schizo-affectif au sens des critères diagnostiques du DSM-IV-R [4] : idées délirantes, symptômes thymiques, négligence corporelle et vestimentaire, instabilité socioprofessionnelle, trouble des conduites sociales (fugues, vols, difficultés avec l'autorité, retrait social, collectionnisme) et une discordance affective.

Dans ses antécédents, il a été plusieurs fois interné dans un centre psychiatrique pour les mêmes symptômes et rechutait dans des délais variables après sa sortie pour mauvaise observance thérapeutique.

Chez A.R., on observait en hospitalisation un retrait autistique, une difficulté à prendre la parole en groupe. Il était clinophile, restait à longueur de journée dans sa chambre et ne pratiquait aucun jeu avec les camarades. La chimiothérapie (Chlorpromazine, Sulpiride) est maintenue en cours de traitement.

Face aux difficultés de prise en charge de ces deux patients, nous avons élargi les possibilités thérapeutiques en associant à la chimiothérapie des activités de réhabilitation psychosociale que nous décrivons ci-dessous.

Grâce à la mise en place d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales, l'équipe médicale avait pour objectif de permettre à Messieurs C.N. et A.R. de mieux gérer les décompensations, la prise du traitement et de faire face à des situations socio-familiales de manière à soulager la souffrance quotidienne.

Méthode

Pour les deux patients, l'exécution du programme était précédée de séances d'entretien motivationnel basées essentiellement sur des questions ouvertes, l'écoute réflexive et les résumés. Les discussions ont porté sur les avantages d'un tel programme et les bénéfices secondaires à se prendre en charge. L'importance pour le patient d'opérer un changement ainsi que la capacité d'y parvenir ont également été travaillés. Un contrat thérapeutique préalable a permis aux patients et aux thérapeutes de s'engager dans l'exécution du programme de réhabilitation et de respecter les différentes étapes de son déroulement.

Les activités de réhabilitation étaient réalisées dans une démarche de modeling de participation et ont concerné trois modules :

- module 1 : hygiène corporelle. Apprendre à se tenir à une heure de réveil matinal ; à faire sa toilette ; à préparer son repas et à faire ensuite la vaisselle ;
- module 2 : habiletés de conversation et de loisir. Augmenter le temps de loisir (lecture) ; participer aux activités de groupes et aux réunions institutionnelles et prendre part à un atelier d'art thérapie (dessin, photo) ;

- module 3 : psychoéducation concernant le traitement neuroleptique. Psychoéducation concernant la schizophrénie, son traitement, les conditions d'efficacité des médicaments et leurs effets indésirables (adaptation des doses, prévention ou résolution des effets secondaires) ; comprendre l'importance de l'observance thérapeutique.

La prise en charge était dispensée par une équipe de thérapeutes (constituée de psychiatres et de psychologues) après une évaluation clinique des symptômes selon les critères du DSM-IV-R [4] ainsi qu'un schéma d'analyse fonctionnelle inspiré de la grille BASIC IDEA.

La durée totale d'exécution du programme était de trois mois, soit un mois par module à raison de quatre heures hebdomadaires (16 heures par module en tout). À l'issue de la thérapie, les patients ont été revus mensuellement sur une période de 3 mois.

Mesure quantitative

Le degré d'implication a été apprécié grâce à l'utilisation d'une échelle de cotation qui a permis d'évaluer en cours de thérapie la performance à travers l'exécution des tâches prescrites.

La grille de cotation utilisée se présente comme suit :

- 0 : tâches non faites ;
- 1 : tâches initiées ;
- 2 : tâches moyennement réalisées ;
- 3 : tâches correctement réalisées ;
- 4 : tâches très bien réalisées.

Mesure qualitative

Les proches des patients ont été interviewés un à deux mois après la thérapie afin d'obtenir une mesure subjective et qualitative des progrès réalisés par Messieurs C.N. et A.R.

Résultats

Au terme de l'exécution des trois modules, les résultats obtenus à l'évaluation de trois mois sont encourageants comme en témoignent l'implication des patients dans les tâches prescrites (Tableau 1) et les observations des progrès par leurs proches.

Résultats quantitatifs : évaluation des scores

Avant la prise en charge thérapeutique, messieurs C.N. et A.R. ne réalisaient pas spontanément les tâches liées à l'hygiène corporelle, avaient peu de loisirs et peu d'habiletés de communication et présentaient une faible observance thérapeutique. À la suite du programme, les patients C.N. et A.R. réalisaient correctement les tâches relatives aux trois modules : ils ont mis en place une routine matinale liée à l'hygiène (heure de réveil fixe, toilette, repas/vaisselle) ; ils ont augmenté leur temps de loisirs (p.ex. lecture) ainsi que leurs habiletés de conversation en participant à des ateliers de groupes (p.ex. art-thérapie) ; et ils présentaient une meilleure observance thérapeutique.

Tableau 1 Implication des patients dans les tâches prescrites.

Patient involvement in the prescribed tasks.

Patients	Temps d'évaluation	Cotation
C.N.	Pré-thérapie	0
	Post-thérapie	3
A.R.	Pré-thérapie	0
	Post-thérapie	3

0 : tâches non faites ; 1 : tâches initiées ; 2 : tâches moyennement réalisées ; 3 : tâches correctement réalisées ; 4 : tâches très bien réalisées.

0: unrealized tasks; 1: initiated tasks; 2: moderately performed tasks; 3: tasks performed correctly; 4: very well performed tasks.

Résultats qualitatifs

Propos des parents de C.N. recueillis deux mois après la fin des modules :

« Progressivement, il arrive à prendre seul ses médicaments aux heures indiquées, à faire la cuisine lui-même » ; « Il s'intéresse à la lecture de romans et des journaux et au jeu de dessin » ;

« Il acquiert une autonomie en ce qui concerne la réalisation des activités domestiques avec notre participation » ; « Mais des efforts restent à faire par rapport aux activités relevant de l'insertion professionnelle ».

Propos du père d'A.R. recueillis un mois après la fin des modules :

« Ça va mieux, ses relations interpersonnelles se sont améliorées » ;

« Le matin il se lève spontanément de son lit, fait ses travaux domestiques et se rend à la boutique pour aider sa mère » ;

« Il a établi avec notre aide une fiche de prise journalière de ses produits qu'il respecte spontanément sous notre surveillance ».

Propos du patient A.R. lui-même :

« Depuis que j'ai entrepris ces activités, je me sens plus motivé dans mes activités » ;

« J'ai commencé à réfléchir pour donner une autre orientation à ma vie ».

Discussion

Effet des programmes de réhabilitation sur les patients atteints de schizophrénie

Les troubles schizophréniques représentent des maladies mentales graves dont l'hétérogénéité clinique et évolutive a des caractéristiques majeures. La réhabilitation du handicap psychiatrique des patients souffrant de schizophrénie peut s'expliquer par le désir de récupération ou de développement des fonctions d'adaptation sociale et de communication grâce à des procédés d'apprentissage

et de gestion de l'environnement [5]. Les résultats de l'application des programmes de réhabilitation psychosociale chez les deux patients souffrant de schizophrénie de notre étude sont positifs. L'amélioration de leur état clinique à l'issue du traitement est intéressante puisque mesurable objectivement à travers le nombre de tâches prescrites exécutées (mesure quantitative) et subjectivement dans le discours de leurs proches (mesure qualitative). L'efficacité des programmes de réhabilitation sur les troubles schizophréniques est soulignée dans plusieurs études soit en monothérapie, soit en association avec la chimiothérapie [6]. Ces programmes utilisent des techniques cognitivo-comportementales complémentaires visant à développer l'autonomie, l'adaptation et les compétences interpersonnelles [7]. Les modules appliqués varient en fonction du malade. Il s'agit notamment du programme intégratif de thérapies psychologiques (PIT), du module de la gestion des médicaments, du développement des habiletés sociales, de la communication, et de la résolution des problèmes [3]. Pour le cas spécifique du module de la gestion des médicaments, il est d'ordinaire conçu pour que le patient soit capable de se poser de bonnes questions telles que : quel médicament ? Quelle posologie ? Quelles contraintes ? Quels effets secondaires ? Que faire en cas d'oubli ? Pourquoi ce médicament ? Comment m'aide-t-il ? Cette connaissance des effets de médicaments semble primordiale pour augmenter l'observance et éviter l'automédication sauvage [8]. Par ailleurs, les résultats cliniques font apparaître que les participants, ayant suivi l'IPT ont amélioré leur symptomatologie générale, leurs capacités cognitives, leur fonctionnement cognitif et social et leur qualité de vie [9]. La réussite de ces programmes fait appel à une motivation du patient pour une participation active. Cette motivation s'accroît dans la mesure où le patient comprend que la réacquisition ou l'amélioration de compétences cognitives et sociales diminue le nombre d'agents stressants et par là même le risque de rechute et de détérioration de la qualité de vie qui les accompagne [10]. Cette analyse a été confirmée par notre étude qui a objectivé trois mois après la thérapie l'absence d'une nouvelle hospitalisation pour les deux patients.

L'efficacité de ces programmes en association avec le traitement médicamenteux par rapport à d'autres techniques psychothérapeutiques a été également mise en exergue par plusieurs auteurs en ce qui concerne l'ajustement social, la qualité de vie, la diminution des symptômes et la détresse liée à l'expérience psychotique mais aussi sur l'adhésion au traitement [7,11,12].

Dans la présente étude, l'amélioration des symptômes observée telle qu'évaluée par les critères comportementaux et psychométriques a permis à l'équipe soignante d'envisager des mesures de pérennisation de tels programmes et une réduction progressive de la chimiothérapie.

Les programmes de réhabilitation et les renforceurs sociaux

L'importance des renforceurs sociaux dans la prise en charge des patients déprimés et psychotiques déficitaires a été étudiée par Leserman et al. [13]. Ces auteurs identifient une position de déni face à la maladie comme facteur

favorisant l'apparition des troubles. Le déni empêche l'individu d'adopter un comportement actif et volontaire lui permettant d'affronter de façon efficace la pathologie. Dans la présente étude, les deux patients ne réalisaient pas les tâches avant le programme (score de 0 à l'échelle d'implication conçue pour cette étude de cas). Leur manque d'implication se traduisait par l'absentéisme au travail, le peu d'intérêt accordé aux activités de la vie quotidienne, la tendance à l'isolement, la mauvaise observance thérapeutique et l'irrégularité du suivi médical. À la suite de la thérapie, leur implication a nettement augmenté puisqu'ils réalisaient correctement l'ensemble des tâches prescrites (score de 3). Ainsi pour améliorer la vie quotidienne des patients souffrant de schizophrénie et présentant une faible implication, les professionnels de la santé peuvent chercher à développer les relations interpersonnelles chez les patients psychotiques chroniques au travers, par exemple de la participation à des mouvements associatifs [13].

Évaluation à long terme de l'effet des programmes

La présente étude souffre à l'étape actuelle de l'absence d'un suivi et d'une évaluation à distance. Les résultats présentés ici bien que favorables peuvent être qualifiés de préliminaires et on peut penser qu'à distance des programmes mis en œuvre, ces résultats se maintiennent dans le temps comme cela apparaît dans d'autres études publiées dans ce domaine. Ces études dans leur ensemble montrent la bonne tolérance des patients psychotiques chroniques à ce type de traitement et permettent d'apprécier le profil d'efficacité potentiel de ces programmes [6,14].

Par ailleurs, le nombre relativement réduit de patients ayant suivi les trois modules est une limite à la présente étude et il va falloir la poursuivre avec un nombre plus important de patients. D'autre part si les changements mis en œuvre dans des études sur ce sujet sont cliniquement évidents et statistiquement significatifs, ils restent à confirmer et à comparer avec ceux d'autres modalités thérapeutiques par des études contrôlées [14].

Conclusion

Cette étude montre l'intérêt des programmes de réhabilitation chez les patients souffrant de schizophrénie en structure intra-hospitalière à Cotonou et il convient d'être optimiste en ce qui concerne le maintien des acquis. Les programmes de réhabilitation sont encore peu utilisés en pratique psychiatrique courante au Bénin par insuffisance de personnel qualifié. Malgré la taille réduite de notre échantillon, les résultats obtenus sont encourageants et devront inciter à développer de tels programmes dans les soins au CNHUP de Cotonou. Une part importante de la réhabilitation psychosociale concernera la psychoéducation des patients souffrant de schizophrénie et de leurs parents sur l'importance de l'entraînement à l'acquisition de compétences sociales pour les patients. La schizophrénie handicape fortement les patients dans leur vie quotidienne. D'où le besoin en permanence d'un accompagnement, d'un encadrement et de l'implication des parents dans leur prise en charge.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs. Genève: OMS; 2001.
- [2] Quentin D, Bernard G, Franck A. Psychopathologie de l'adulte. 4^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2010.
- [3] Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson; 1995.
- [4] DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2004.
- [5] Chambon O, Marie-Cardine M. La réadaptation sociale des psychotiques chroniques : approche cognitivo-comportementale. Paris: PUF; 1992.
- [6] Azaïs F, Granger B. Place des techniques comportementales et cognitives dans le traitement des schizophrénies. *Med* 1997;26(24):1157–61.
- [7] Samuel-Lajeunesse B, Mirabel Sarron C, Vera L, Mehran F. Manuel de thérapie comportementale et cognitive. Paris: Dunod; 1998.
- [8] Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S, Willard M. L'aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives. Paris: Dunod; 2011.
- [9] Obeid S, Kazour G, Kazour F. Effet du programme intégratif de thérapies psychologiques sur les performances cognitives et les habiletés sociales de patients atteints de schizophrénie. *J Ther Comport Cogn* 2012;22:86–91.
- [10] Konen A, Neis L, Hodel B, Breuner HD. À propos des thérapies cognitivo-comportementales de la schizophrénie. *Encephale* 1993;XIX:47–55.
- [11] Hamon-Delbar L, Magnéran E. Effet d'un programme d'entraînement des habiletés sociales chez un patient souffrant de schizophrénie : un cas clinique. *J Ther Comport Cogn* 2013;23:159–70.
- [12] Abdel-Baki A, Nicole L. Schizophrénie et psychothérapie cognitivo-comportementale. *Can J Psychiatry* 2001;46(6):511–21.
- [13] Leserman J, Perkins DO. Coping with the threat of AIDS: the role of social support. *Am J Psychiatry* 1992;149:1514–20.
- [14] Chambon O, Perris C, Marie-Cardine M. Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques. Paris: Masson; 1997.