

à sévère, sans éléments psychotiques, seront randomisés en 2 groupes : programme ENVIE en *add-on* ($n = 166$) ou liste d'attente ($n = 166$). Le critère de jugement principal sera le taux de rémission ($MADRS \leq 12$ sur 8 semaines sans rechute) à 15 mois. Démontrer l'intérêt du programme ENVIE permettrait sa diffusion plus large comme traitement adjuvant de la dépression unipolaire.

Mots clés Psychoéducation ; Dépression unipolaire ; Adhérence au traitement ; Compétences psychothérapeutiques innovantes ; Rémission

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

Références

- [1] Gopinath S, Katon WJ, Russo JE, Ludman EJ. Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord* 2007;101:57–63.
- [2] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2010.
- [3] Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety* 2010;27:891–932.
- [4] Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:62–7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.108>

S19B

Psychothérapies et prévention des rechutes et récidives. Traitement des symptômes résiduels

O. Doumy^{1,*},²

¹ Centre de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression, pôle de psychiatrie générale et universitaire, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux

² Centre expert dépression résistante, fondation FondaMental, Créteil

* Correspondance.

Adresse e-mail : odoumy@ch-perrens.fr

La dépression est un trouble dont l'évolution est caractérisée par une récurrence des épisodes, puisqu'on estime que 45% des patients ayant présenté un épisode dépressif en feront d'autres. Afin de prévenir les rechutes et récidives, deux grandes stratégies thérapeutiques sont classiquement proposées : les traitements médicamenteux de maintien et les interventions psychothérapeutiques. Nous porterons plus spécifiquement notre attention sur ces dernières. Elles relèvent de techniques variées qui ont pu faire l'objet pour certaines d'essais contrôlés, et démontrer leur intérêt dans la prévention des rechutes et récidives dépressives. Selon une méta-analyse [1], les interventions psychologiques retenues représentées par la thérapie cognitive, la thérapie basée sur la pleine conscience et la thérapie interpersonnelle, seraient plus efficaces que la thérapie non-structurée ($RR = 0,64$, $NNT = 5$) ou le traitement de maintien par antidépresseur ($RR = 0,83$, $NNT = 13$). Cet effet semble d'autant plus important que les patients ont reçu une intervention psychothérapeutique durant la phase aiguë même de dépression. La thérapie basée sur la pleine conscience serait particulièrement indiquée pour les patients ayant fait plus de 3 épisodes dépressifs dans leur vie, avec une prévention équivalente à un traitement de maintien par antidépresseur sur une période de suivie de 2 ans [2]. Ce résultat peut être étendu à la thérapie cognitive [3] qui serait plus efficace que la psychoéducation pour les patients ayant fait plus de 5 épisodes. D'autres approches telles que la thérapie psychodynamique et la thérapie de résolution de problème restent cependant à explorer afin d'augmenter leur niveau de preuve. Un certain nombre de facteurs associés à la thérapie tels que le nombre de séances, le format de délivrance, etc. sont également susceptibles de modifier son efficacité. De plus, l'intérêt de ces approches

ne se résume pas à la seule prévention des rechutes et récidives dépressives mais s'avère également essentiel à la gestion des symptômes résiduels [4] qui assombrissent le pronostic évolutif même de la dépression. Enfin, devant le large éventail d'approches proposées et au-delà de leur efficacité aujourd'hui démontrée, se pose la question centrale du choix de la technique psychothérapeutique, qui serait le plus adapté aux patients sur la base de leur profil clinique.

Mots clés Trouble dépressif majeur ; Psychothérapie ; Prévention ; Rechute ; Récidive ; Symptômes résiduels

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Biesheuvel-Leliefeld KEM, Kok GD, Bockting CLH, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord* 2015;174:400–10.
- [2] Kuyken W, Hayes R, Barrett B, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;386:63–73.
- [3] Stangier U, Hilling C, Heindenreich T, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013;170:6 [624–32].
- [4] Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, et al. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;199:317–22.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.109>

S19C

Nouvelles perspectives de prise en charge – apports des nouvelles technologies

J. Holtzmann

Clinique de psychiatrie, CHU de Grenoble, Grenoble

Adresse e-mail : jholtzmann@chu-grenoble.fr

En 2010, 30 millions d'européens ont été affectés par la dépression et ce nombre continue à augmenter [1]. La moitié des européens souffrant de dépression n'ont pas accès à des soins de santé mentale et ne reçoivent pas toujours des traitements ayant prouvé leur efficacité comme la thérapie cognitivo-comportementale [2]. Le temps d'attente pour une consultation parfois long et les frais de prise en charge élevés constituent des freins majeurs pour ce type de thérapie. La prise en charge par Internet peut potentiellement pallier les inconvénients des soins classiques et permettre un traitement de la dépression de très bonne qualité à un prix abordable [3]. European-COMPARative Effectiveness research on online Depression (E-COMPARED) est un projet de recherche européen de trois ans financé par la Commission Européenne. Il vise à évaluer deux modes de prise en charge de la dépression chez l'adulte : la prise en charge classique (face-à-face) et combinée (face-à-face et Internet). Il s'agit d'un projet multidisciplinaire (psychiatrie, nouvelles technologies de l'information et de communication, soins) et ses membres sont les précurseurs de la prise en charge des troubles mentaux communs par Internet. Au sein de E-COMPARED, l'essai clinique Stratégie thérapeutique à support numérique dans l'épisode dépressif majeur : étude clinique comparative aux soins courants et étude de coût-efficacité constitue le Work Package 2 et sera réalisé, pour la France, au sein du réseau des centres experts sur la dépression résistante (fondation FondaMental). Ce réseau fédère 11 centres qui assureront le recrutement et la réalisation de l'essai. Cet essai clinique débutera mi-2015 et sera mené parallèlement dans 8 pays. L'objectif principal de cette étude étant de montrer la non-infériorité de thérapie combinée par rapport aux

soins usuels de l'épisode dépressif majeur, faisant l'hypothèse que la thérapie combinée permettra d'apporter autant d'amélioration que les soins usuels mais à moindre coût.

Mots clés Dépression ; TCC ; Nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC)

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Wittchen, et al. Eur Neuropsychopharmacol 2011;21(9): 655–79.
- [2] Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry, Lapsley. Br J Psychiatry 2004;184(6):526–33.
- [3] Richards, Richardson. Clin Psychol Rev 2012;32(4):329–42.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.110>

S20

La décision médicale partagée en psychiatrie : quelle utilité ?

B. Pachoud^{1,*}, P.M. Llorca², I. Salmona³, J.-B. Trabut³

¹ Université Paris Diderot, Paris

² CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand

³ ASM 13, Paris, hôpitaux universitaires Henri-Mondor, site Albert-Chenevier, Créteil

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bernard.pachoud@gmail.com (B. Pachoud)

La pratique de la décision médicale partagée est désormais entrée dans l'usage dans les disciplines médicales pour lesquelles les choix thérapeutiques sont complexes, lourds de conséquences et d'enjeux (vitaux, de qualité de vie...), et exigent par conséquent la prise en compte des préférences et valeurs des patients. Devenue un critère de qualité de soin, elle fait l'objet de recommandations de la part des tutelles [1]. En psychiatrie, cette approche, qui transforme la relation médecin-malade, est encore peu revendiquée dans notre pays, et son intérêt sans doute encore sous-estimé. Elle suscite pourtant un intérêt croissant dans de nombreux pays, étant l'expression d'une médecine qui n'est plus seulement centrée sur la maladie, mais désormais aussi sur la personne et sur son devenir. Restaurer la personne dans une posture active de gestion de sa maladie, de reprise d'un contrôle sur sa vie, devient dès lors un objectif majeur, exigeant de valoriser ses compétences et de promouvoir – jusque dans le soin – ses capacités de choisir, de décider et d'agir. Dans le même esprit, en psychiatrie, le recours aux « directives anticipées » concernant la conduite à tenir en cas de rechute, illustre ce souci d'associer la personne aux décisions relatives à son traitement, y compris en période de crise, pour établir une relation de partenariat plutôt que d'assistance. L'enjeu est non seulement une meilleure acceptation et observance des choix thérapeutiques, mais un soutien au processus d'autonomisation et de rétablissement de la personne. Des études montrent que la majorité des patients souhaitent être associés aux décisions concernant leur traitement [2] et de nombreux travaux s'attachent à favoriser l'identification des préférences, valeurs et attentes des patients et à soutenir la mise en œuvre de cette pratique en santé mentale [3,4].

Mots clés Décision médicale partagée ; Médecine centrée sur la personne ; Valeurs ; Rétablissement ; Addictologie

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

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Patients et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » ; 2013.
- [2] Hamman J, Cohen R, Leucht S, Bush R, Werner K. Do patients with schizophrenia want to be involved in decisions about their medical treatment Am J Psychiatry 2005; 162:2382–4.
- [3] Campbell S, Holter M, Mantey, Rapp T. The effect of Common-Ground software and decision support center. Am J Psychiatr Rehabil 2014;17:168–80.

- [4] Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. Psychother Psychosom 2009;78(4):245–53.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.111>

S20A

La décision médicale partagée et les paradigmes médicaux contemporains : la médecine centrée sur la personne, la médecine fondée sur des preuves, le paradigme du rétablissement

B. Pachoud

CRPMS, université Denis Diderot, université Sorbonne Paris Cité, Paris
Adresse e-mail : bernard.pachoud@gmail.com

Il y a au moins deux façons de justifier ou de défendre la pratique de la décision médicale partagée en psychiatrie. La première est de faire valoir les effets positifs de cette pratique : elle contribue à l'établissement d'une alliance thérapeutique, à favoriser l'observance du traitement et de cette façon à optimiser les résultats thérapeutiques. Une seconde manière de justifier cette pratique consiste à montrer qu'elle s'impose, en quelque sorte logiquement, dans certains paradigmes médicaux contemporains. Dans la médecine centrée sur la personne, l'objectif des soins n'est plus seulement de réduire les troubles ou de lutter contre la maladie, mais de tenir compte également des attentes ou des préférences de la personne, de ses choix existentiels comprenant ses objectifs personnels. Dès lors la participation active de la personne à l'élaboration de son programme de soin apparaît requise, pour véritablement prendre en compte ses priorités. Le paradigme de la médecine fondée sur des preuves a pour ambition d'optimiser les choix thérapeutiques non seulement en fonction des données de la recherche les plus complètes et les plus récentes, mais également en tenant compte de facteurs contextuels que permet d'apprécier l'expérience du clinicien, et des valeurs pouvant aussi orienter la décision thérapeutique, en particulier quand il s'agit de valeurs propres à la personne elle-même. Il est pour cette raison nécessaire d'associer la personne au processus de choix thérapeutique. Le paradigme du rétablissement en psychiatrie se caractérise par une visée qui n'est plus seulement la réduction des troubles (la rémission), mais le réengagement dans une vie active et sociale, dont la forme et l'orientation précise ne peuvent être définies légitimement que par la personne concernée elle-même. Sa participation active au programme qui la soutient dans cette démarche est donc aussi un prérequis de toute pratique axée sur le rétablissement.

Mots clés Décision médicale partagée ; Médecine centrée sur la personne ; Médecine fondée sur des preuves ; Rétablissement
Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Deegan PE, Drake RE. Shared decision making and medication management in the recovery process. Psychiatr Serv 2006;57(11):1636–9.

Miles A, Mezzich J. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. Int J Pers Cent Med 2011;1(2):207–22.

Fulford KWM. Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health Initiatives in the 'Personalization' of Care. J Eval Clin Pract 2011;17(2):341–3.

Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. Info Psychiatr 2012;88(4):257–66.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.112>