

S36B

Intérêt de l'approche *acceptation and commitment therapy* (ACT) dans la reprise du travail chez des sujets déprimés. Résultats d'une étude sur 18 mois réalisée avec des médecins du travail

J.C. Seznec^{2,*}, S. Darbéda^{1,2}, S. Rouighi³

¹ Assistance publique-hôpitaux de Paris, UTAMA, hôpital Beaujon, Clichy

² Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), U-1178 santé publique de la psychiatrie, Paris

³ Cabinet libéral, Paris

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jcsez nec@yahoo.fr (J.C. Seznec)

Contexte Les arrêts maladie prolongés constituent un risque majeur de quitter le monde du travail et la dépression est la première cause de mise en invalidité en France. De nouvelles thérapies issues de la troisième vague des TCC comme la thérapie d'engagement et d'acceptation (ACT) pourraient être intéressantes pour favoriser la reprise du travail.

Objectifs Déterminer les facteurs prédictifs de retour à l'emploi après un arrêt pour syndrome dépressif.

Matériel et méthodes L'étude est descriptive, prospective et multicentrique. Le recrutement des médecins investigateurs a été réalisé par la diffusion d'un article dans une revue française destinée aux médecins du travail. Chaque investigateur recrute les patients lors de la visite de reprise pour syndrome dépressif. Des éléments socio-démographiques, professionnels, médicaux et psychologiques (en particulier en lien avec l'ACT) sont évalués lors de l'inclusion, puis à 3 mois de visu ou par téléphone.

Résultats Vingt-neuf patients ont été initialement inclus dans l'étude mais 2 ont été perdus de vue à 3 mois et 27 ont donc été analysés. À 3 mois, 22 patients ont repris le travail. Ceux qui reprennent le travail présentent des scores plus faibles d'anxiété ($p=0,036$), de dépression ($p=0,016$), d'évitement expérientiel ($p=0,0083$) et d'importance de la valeur de la vie professionnelle ($p=0,032$).

Conclusion L'ACT, via son action sur la diminution de l'évitement expérientiel et la redéfinition des valeurs de vie pourrait permettre un retour plus rapide au travail après un arrêt pour syndrome dépressif.

Mots clés ACT ; Thérapie troisième vague ; Travail ; Arrêt de travail ; dépression

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

Pour en savoir plus

Seznec JC, et al. Act : act applications thérapeutiques. Édition Dunod; 2015.

Seznec JC. J'arrête de lutter avec mon corps. Édition Puf; 2013.

Schoendorff B. Faire face à la souffrance : choisir la vie plutôt que la lutte avec la thérapie d'acceptation et d'engagement. Éditions Retz; 2009.

Monestes JL, Vilatte M. La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT. Elsevier Masson; 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.177>

S36C

Les programmes de gestion du stress par les TCC sur support numérique. Présentation et premiers résultats du programme français Seren@ctif

L. Rougegrez^{1,*}, D. Servant²

¹ Centre hospitalier d'Arras, Arras

² Hôpital Fontan, service de psychiatrie adulte, CHRU de Lille, Lille

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laure.rougegrez@ch-arras.fr (L. Rougegrez)

Les programmes de gestion du stress par les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont été étudiés dans de nombreux pays et ont montré une efficacité sur la réduction du stress perçu, les symptômes anxieux et de la qualité de vie des patients. Compte tenu du nombre très important de patients susceptibles d'en bénéficier et ne pouvant y accéder, des programmes en *self-help* ont été proposés. Présentés au début sous la forme de livres (bibliothérapie) ces programmes se sont ensuite enrichis de supports informatiques et numériques. Hélas autant les programmes de gestion du stress basés sur les TCC en présentiel que ceux sur support numérique ont été très peu évalués dans notre pays. À notre connaissance le programme Seren@ctif est le premier programme *self-help* de gestion du stress en français proposé sur support numérique. Nous avons mené une étude de faisabilité de ce programme sur 10 patients répondant au diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété selon les critères du DSM-IV. Le programme comprend 5 séances hebdomadaires que le patient suit dans notre unité à partir d'un site internet. Il bénéficie d'un contact minimal avec un membre du personnel médical avant et après chaque séance. Il est fourni au patient, dès la première séance une clé USB contenant des vidéos, des fichiers audios, un *self-help* book sous forme de e-guide, des carnets de suivi avec le programme des exercices à réaliser en dehors des 5 séances du module. Le patient est encouragé à pratiquer les exercices 20 minutes quotidiennement 5 à 6 jours par semaine. La faisabilité du programme a été évaluée par une échelle originale de satisfaction. La symptomatologie anxieuse a été mesurée au moyen de la forme état de l'inventaire d'anxiété de Spielberger State Trait Anxiety Inventory – forme Y (STAI-Y STAI-S). Au terme des 5 semaines du programme on retrouve de bons résultats en termes d'acceptabilité et d'attractivité. Les scores moyens au questionnaire de satisfaction sont pour tous les items au moins égal à 4 sur 5. Les scores moyens à la STAI-état ont diminué de 53,4 (ET 8,29) à l'inclusion à 44,2 (ET 7,73) en post-intervention. Le programme Seren@ctif mériterait d'être évalué dans le futur de façon contrôlée chez des patients présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété afin de juger de son intérêt.

Mots clés Gestion du stress ; Internet ; Thérapie comportementale et cognitive (TCC) ; *Self-help* ; e-santé ; Trouble de l'adaptation avec anxiété

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

Pour en savoir plus

Ong L, Linden W, Young S. Stress management. What is it? J Psychosom Res 2004;56:133–7.

Grime PR. Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. Occup Med 2004;54:353–9.

Zetterqvist K, Maanmies J, Ström L, et al. Randomized controlled trial of Internet-based stress management. Cogn Behav Ther 2003;32:151–60.

Servant D, Rougegrez L, Barasino O, Demarty AL, Duhamel A, Vaiva G. Intérêt d'un programme *self-help* de gestion du stress sur support numérique. Étude de faisabilité du programme Seren@ctif. Encephale [In Press].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.178>

S37

Une clinique sous influence ?

P. Hum

Centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CP2A), Lille

Adresse e-mail : hum.pierre@neuf.fr

La clinique a évolué et cette évolution prend des formes variées. Citons par exemple la nouvelle place occupée aujourd'hui par les troubles de l'humeur et les addictions, les réflexions concernant une préférence pour une approche dimensionnelle (en remplacement d'une classification catégorielle), la transformation du vocabulaire psychiatrique ou bien encore l'intérêt porté aujourd'hui au

suicide. Ces exemples montrent que des influences extrêmement différentes peuvent faire évoluer le regard du clinicien. Certes, le médecin tente de décrire les différentes pathologies et ce savoir prend appui sur une pratique clinique antérieure ainsi que sur le développement des connaissances (notamment épidémiologiques, sur les résultats issues des études cliniques). Cependant, d'autres facteurs participent aussi à cette évolution. Certains semblent résulter d'un choix effectué par la communauté des psychiatres (par exemple choisir entre une classification catégorielle ou dimensionnelle). En revanche, d'autres influences proviennent du champ social au sens large, notamment l'évolution du lien social, les nouvelles attentes ou exigences des patients, les manières dont se posent les questions de responsabilité, les changements de la législation concernant les pratiques de soin, sans oublier le rôle des acteurs économiques, publics et privés. Nous proposons donc, dans cette session, de rechercher, d'identifier et d'interroger les différentes forces qui poussent la nosographie à évoluer. Plusieurs questions se posent alors. Comment se décide si un signe clinique est pertinent ? Comment se construit un diagnostic ? Ces processus sont-ils différents en médecine et en psychiatrie ? Et surtout, parmi les influences qui font évoluer la clinique, quelles sont celles que l'on veut garder et celles dont on ne veut pas ? Quelles sont celles dont on ignore la réalité et la portée ? Quelles sont celles sur lesquelles le praticien peut-il espérer garder la maîtrise ?

Mots clés Clinique ; Nosographie ; Validité ; Épistémologie ; Économique

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

Pour en savoir plus

Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Ithaque; 2014.

Lanteri Laura G. Psychiatrie et connaissance, essai sur les fondements de la pathologie mentale. Paris: Sciences en situation; 1998.
Lane C. Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions. Paris: Érès; 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.179>

S37A

Changement de vocabulaire, nouvelle conception ?

P. Hum

Centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CP2A), Lille
Adresse e-mail : hum.pierre@neuf.fr

Résumé non reçu.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.180>

S37B

Penser et caractériser la maladie mentale : un enjeu démocratique ?

P.L. Weil-Dubuc

Université Paris-Sud, espace éthique, CHU Saint-Louis, Paris
Adresse e-mail : pauloupweildubuc@yahoo.fr

Résumé non reçu.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.181>

S37C

Entre perplexité athéorique et enjeux économiques : quelle place pour le soin en psychiatrie ?

B. Weil

Centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CP2A), Lille
Adresse e-mail : benjamin.weil79@gmail.com

Résumé non reçu.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.182>