

Toujours évoquée, souvent
revendiquée, rarement
appliquée, l'évidence fait-elle
encore sens aujourd'hui ?

Laurent Holzer





Conflits d'intérêt

- Grants/ Research Support : AstraZeneca Investigator Initiated trial et FNRS 3200B0-112160/1
- Consultant pour Sunovion Medical
- Editions de Boeck
- Recrutement de pédopsychiatres francophones en période de pénurie

Introduction

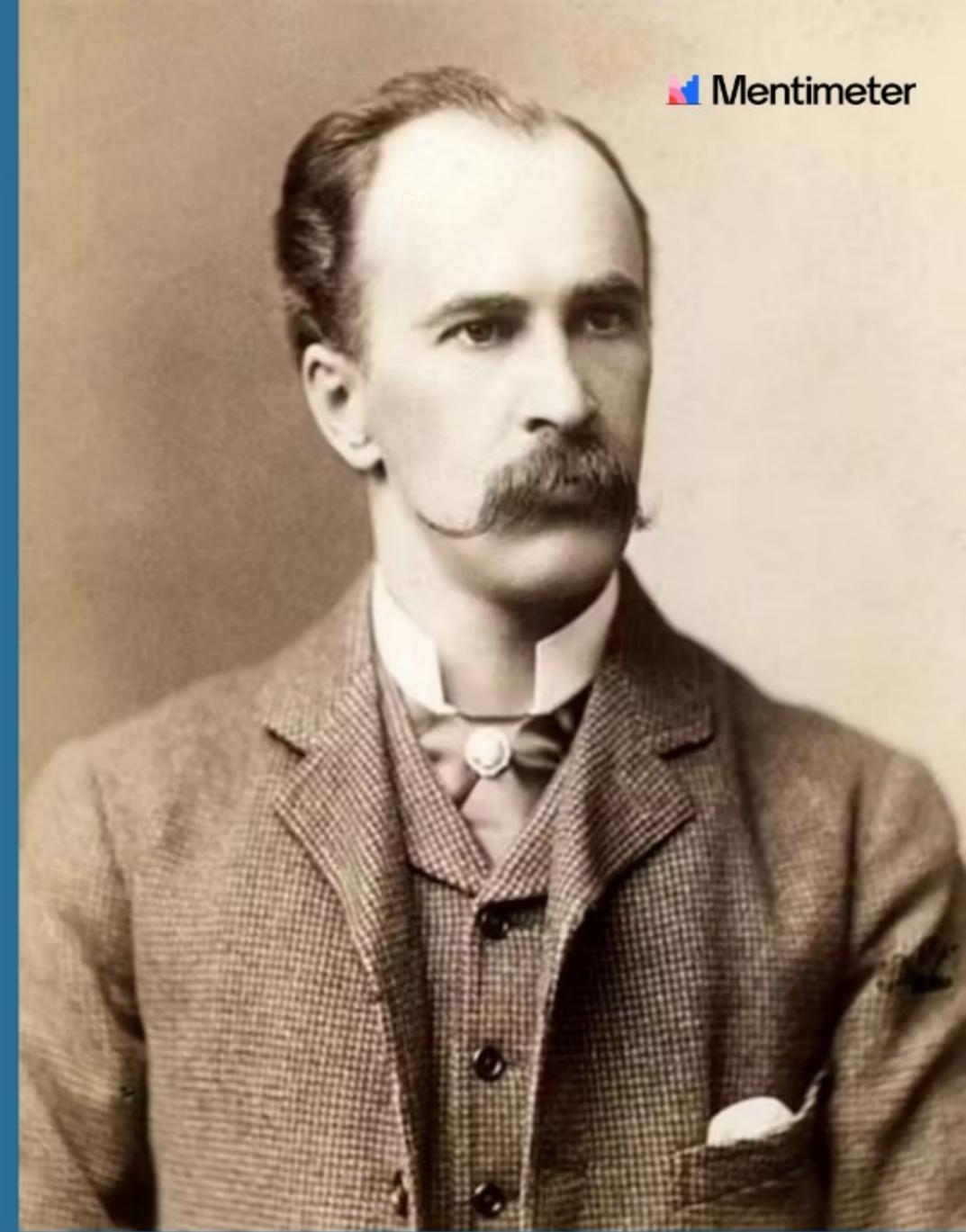
- ⊗ La guerre des modèles théoriques est apparemment terminée, c'est celle des pratiques et du corporatisme qui semble avoir pris le relais...
- ⊗ Evidence Based Medicine, Evidence Based Nursing, Evidence Based Practice ne cessent de se développer
- ⊗ L'EBM est une **condition nécessaire mais pas suffisante** à une pratique clinique de qualité
- ⊗ Nous avons encore une obligation de **moyens** et non de **résultats**
- ⊗ La complexité de notre métier qui se fonde sur une relation intersubjective se prête mal aux démarches d'objectivation (par essence réductrices)
- ⊗ Nous devons composer avec la personnalisation du traitement et l'utilisation de procédures universelles (adapter la psychothérapie aux particularités de l'individu en fonction des généralités des résultats de la recherche)
Comment concilier les deux ?



«It is much more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease a patient has.»

Il est beaucoup plus important de savoir quel type de patient est atteint d'une maladie que de savoir de quel type de maladie est atteint un patient.

Sir William Osler
(1906)



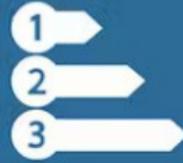
Plan

01



Rappel
historique et
définitions

02



Domaines
d'application :
les conditions
d'exercice et le
cas d'Anaïs

03



Les difficultés
d'application

04



Perspectives
futures

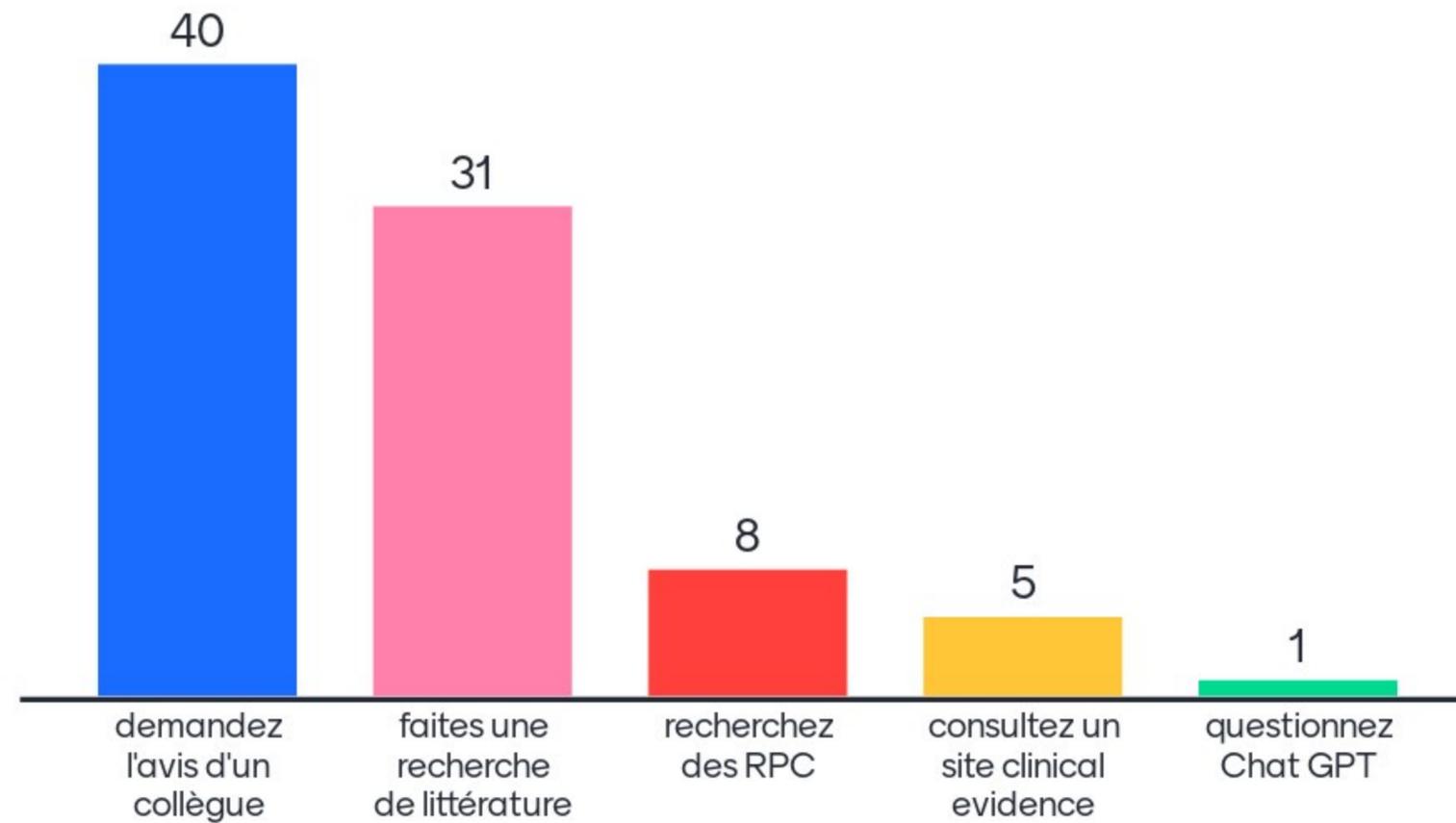
05



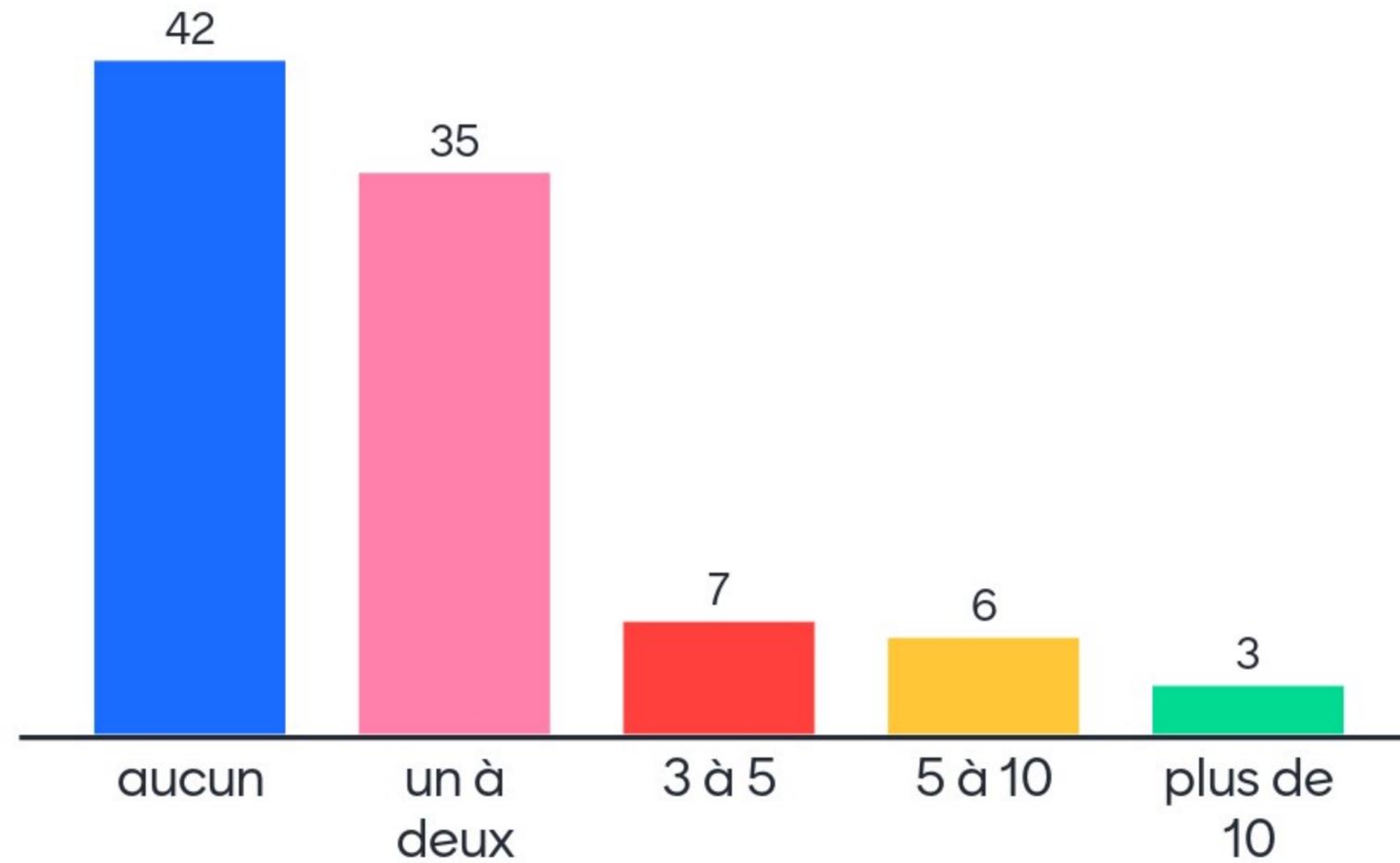
Pistes pour
une approche
raisonnée et
raisonnable
de l'EBP



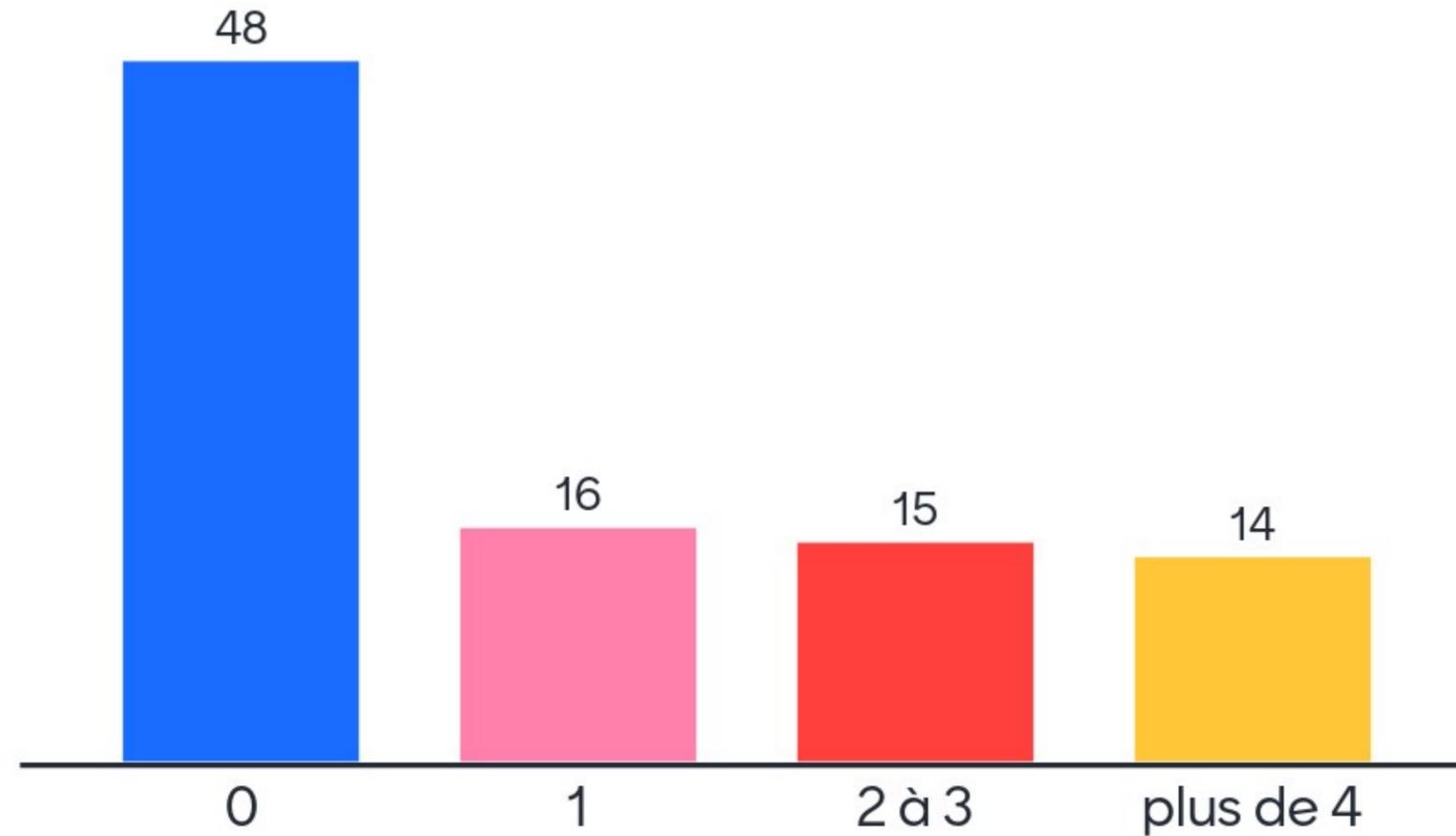
Face à une difficulté clinique avec un(e) patient(e), vous :



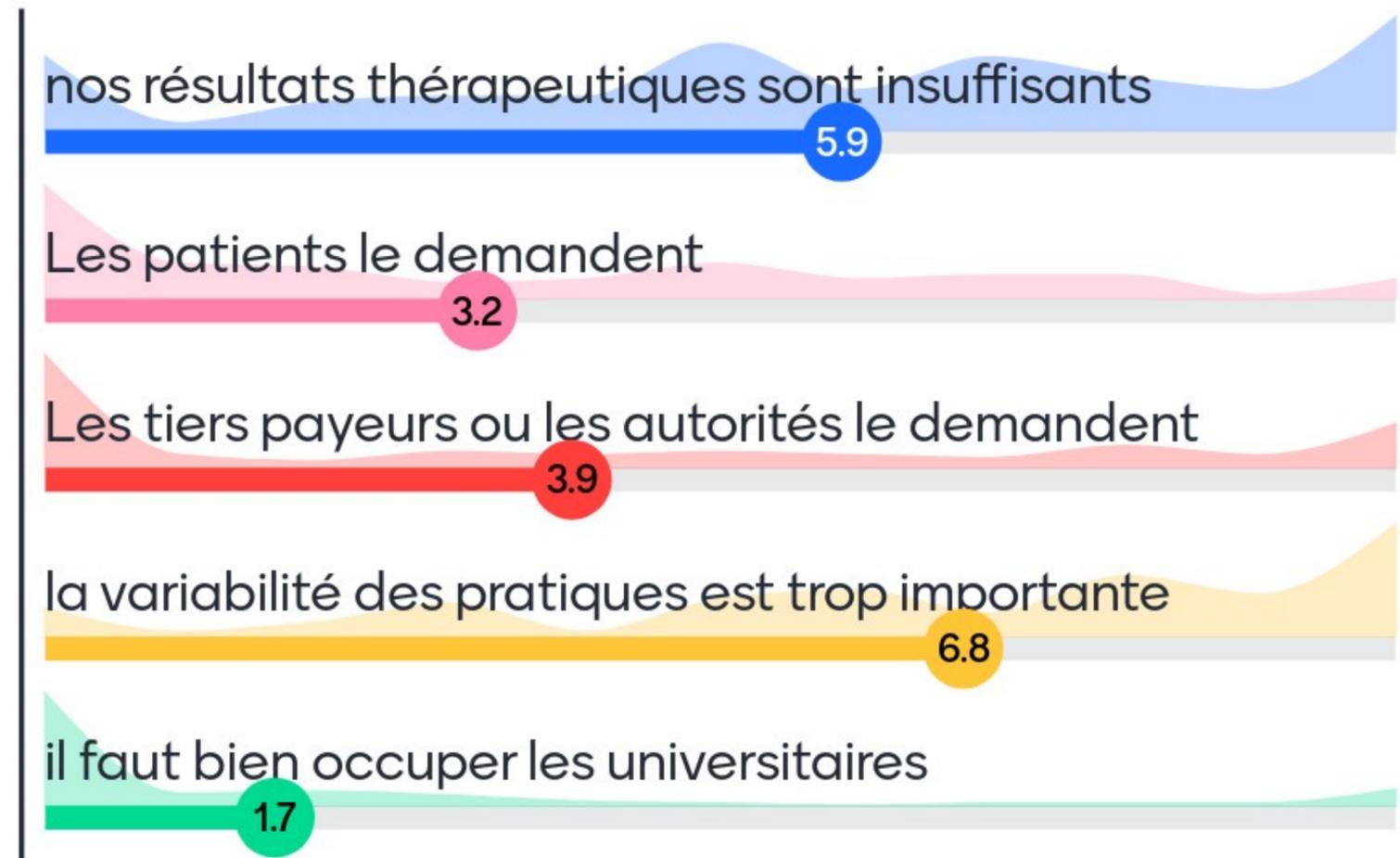
Combien d'articles scientifiques en anglais lisez-vous par semaine?



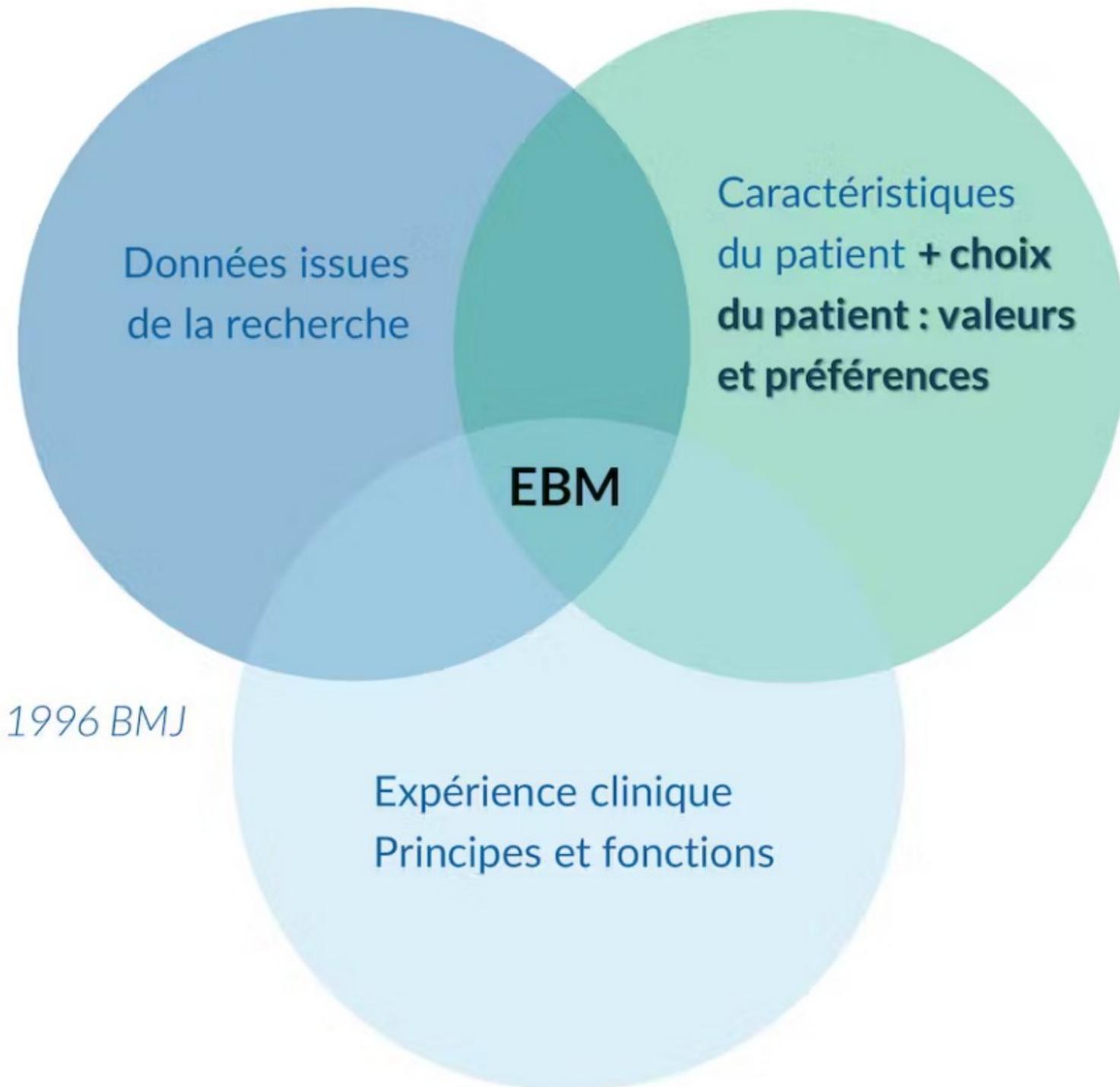
Su les articles que vous avez lu au cours du mois dernier, combien concernaient l'EBP?



nous avons besoin de l'evidence en psychiatrie car :



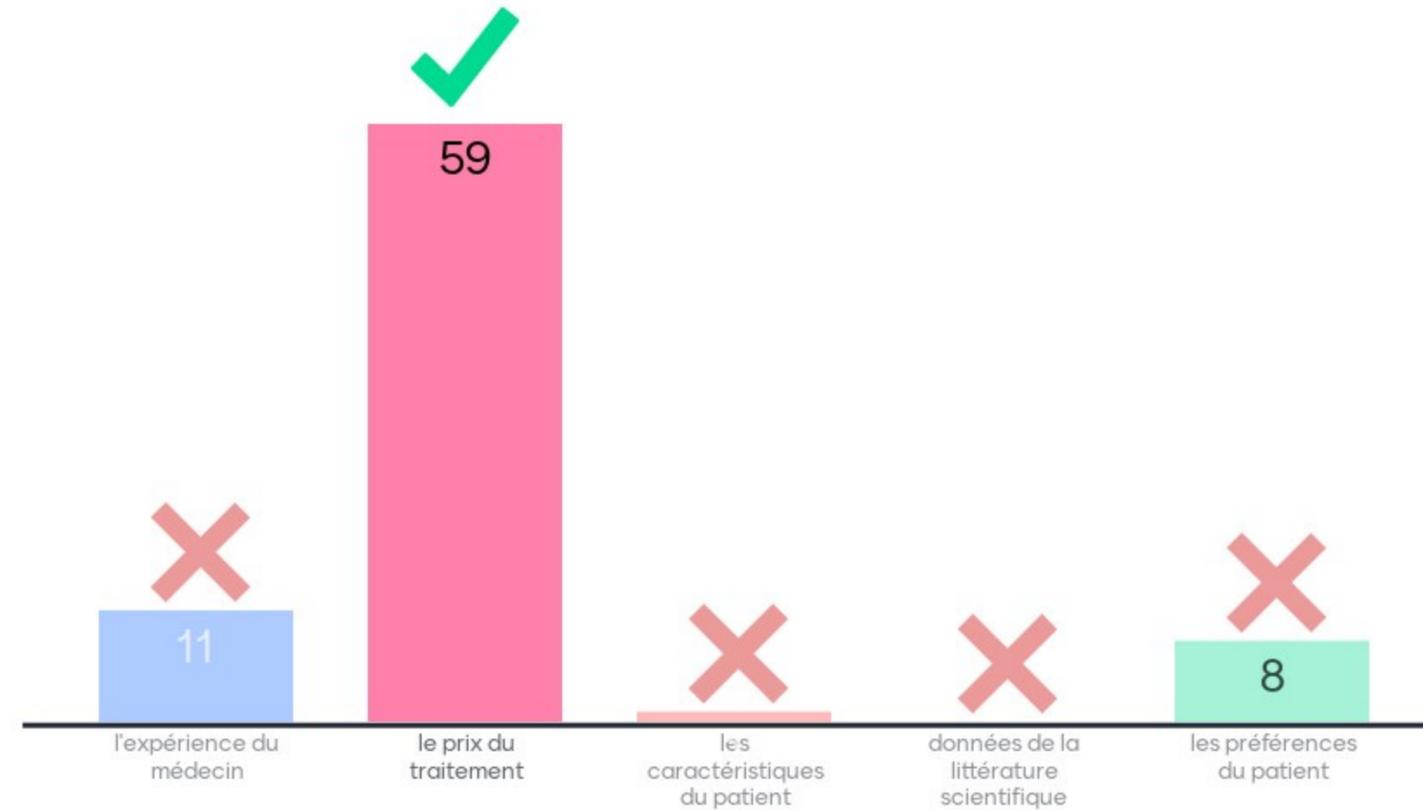
Représentation graphique de l'EBM



Sackett & al. 1996 BMJ



Qu'est-ce qui ne fait pas partie du triptyque de la décision?





Rappel historique
et définitions



Evidence-Based Medicine

- *Médecine fondée sur des preuves, sur des faits prouvés, médecine factuelle, basée sur des données probantes*
- EBM est née au début des années 80 à McMaster au Canada
- Seul 10% des actes et traitements médicaux se fondaient sur l'évidence

EBM is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*

Utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge individuelle des patients

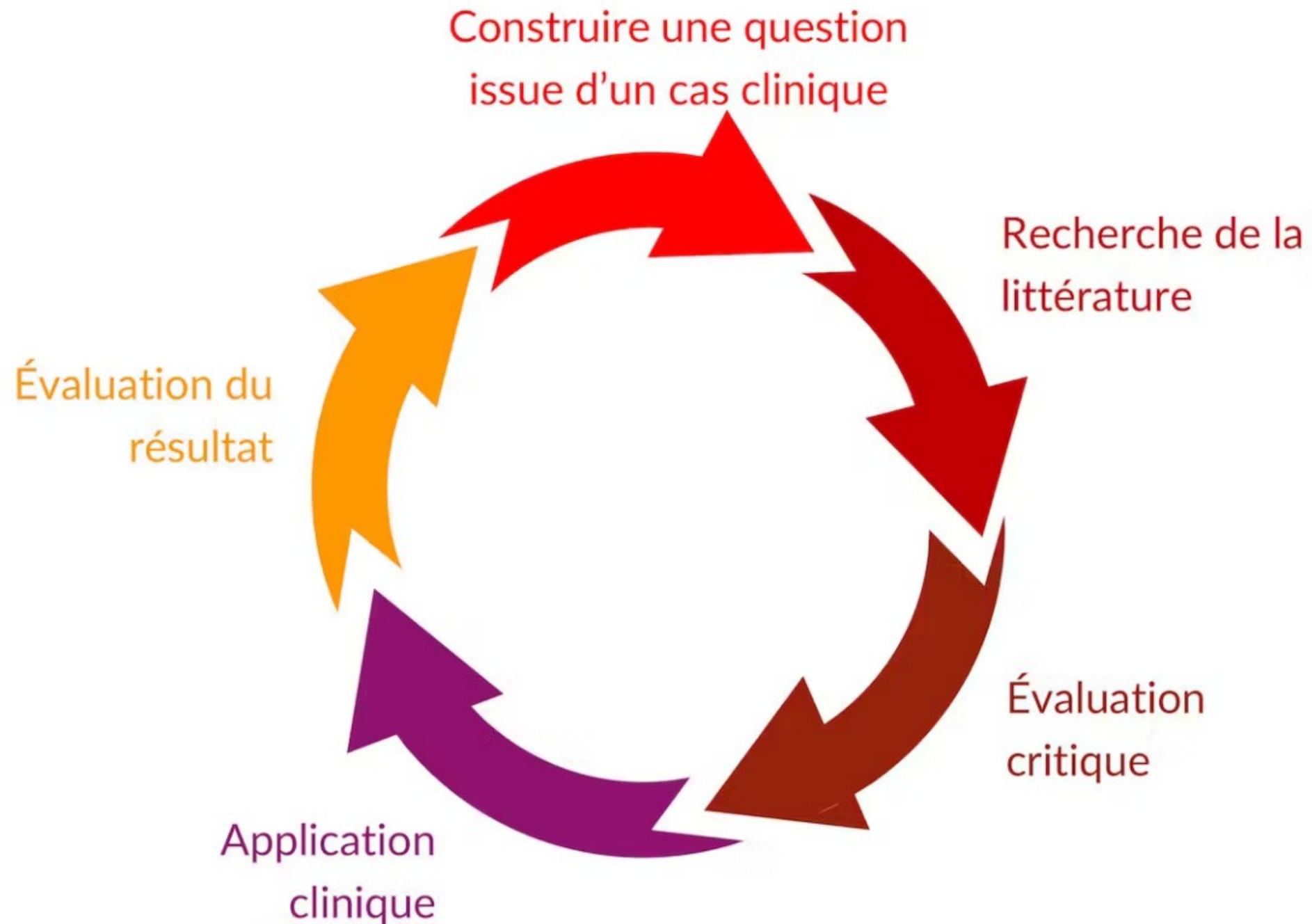
*Sackett & al. 1996 BMJ

Le triptyque de la décision

- Les faits prouvés par la recherche clinique et leurs niveaux de preuve
- L'expérience clinique du médecin
- Les caractéristiques spécifiques au patient et ses préférences



Comment appliquer l'évidence ?



March et al., 2005,
Psychiatr. Clin. North Am.

Qu'est-ce que l'évidence ?

March et al., 2005, *Psychiatr. Clin. North Am*



EBM n'est pas un
algorithme mathématique
qui détermine des choix



Cela aide le clinicien à
faire de meilleurs choix et
n'est pas une menace
pour l'autonomie ou la
finesse clinique du
praticien



La mise à jour de
l'information (rester dans
le coup) peut s'avérer
aléatoire (laboratoires
pharmaceutiques)



EBM en santé mentale
reflète la réintégration de
la psychiatrie dans la
médecine

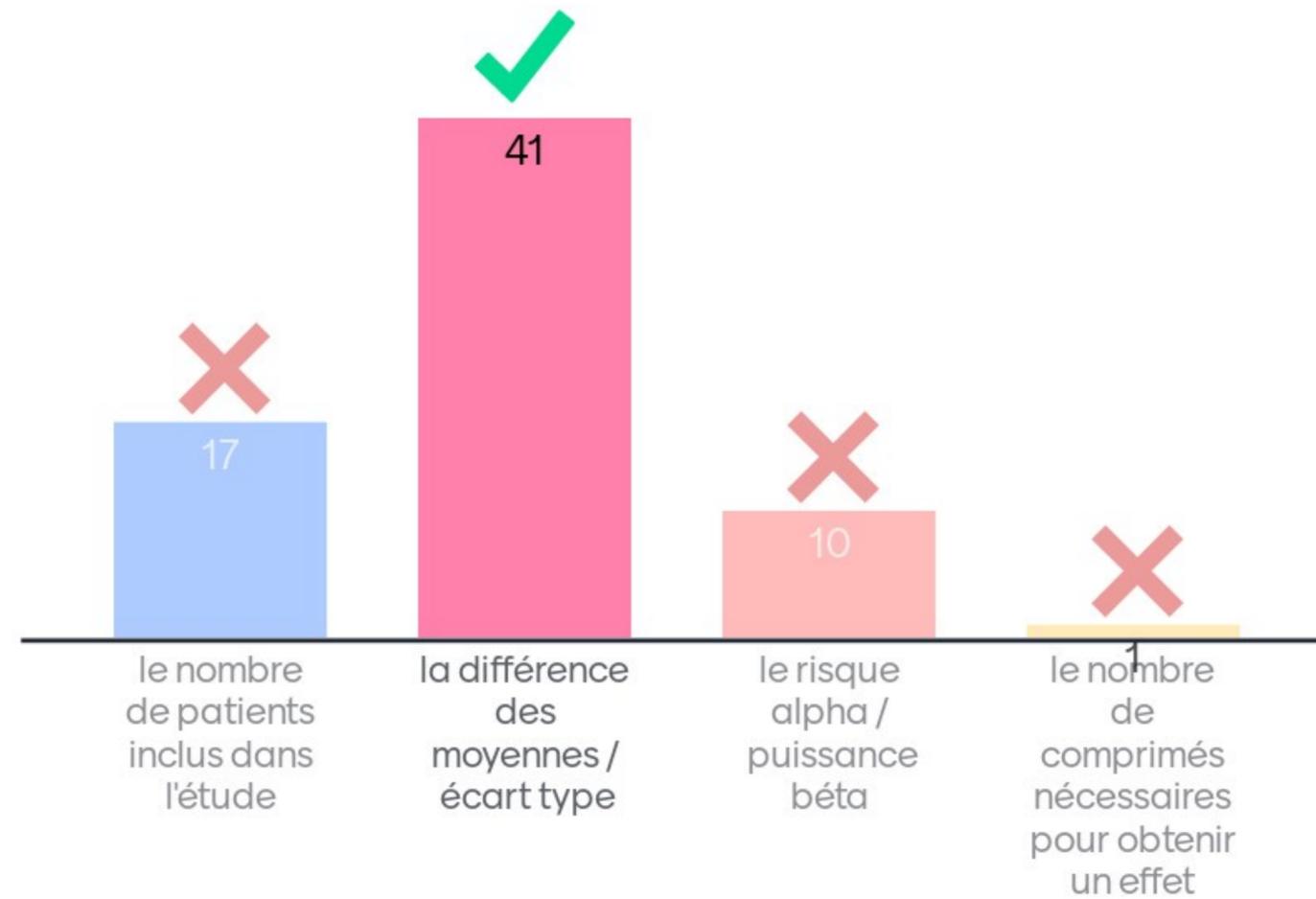


Les avancées de la
génétique et des
neurosciences ont suscité
une multitude de
changements en
pédopsychiatrie



L'application de ces
découvertes, du
laboratoire de recherche à
la pratique quotidienne
constitue encore un défi

Qu'est-ce que l'effect-size (taille de l'effet)?





Le concept de maladie

Les trois axes du « management » de la maladie sont:

1. Le concept de maladie et de son diagnostic
2. Le concept de l'étiologie et du traitement
3. La nature de la relation médecin-malade

Ces axes entrent en ligne de compte en pédopsychiatrie comme dans le reste de la médecine



Le diagnostic

Le processus diagnostic comprend la génération d'hypothèses et leur probabilité associée

Les tests diagnostiques, leur sensibilité et spécificité, valeur prédictive positive et négative, le « likelihood ratio » = la probabilité que ce résultat de tests provienne d'une personne qui a la maladie



Le traitement

- Le traitement est évalué sur son efficacité et ses effets secondaires
- NNT : le nombre de patients qui doivent recevoir le traitement pour qu'il profite à un patient. Exemple: 60% de répondeur à un AD vs 40% dans le groupe placebo => le bénéfice absolu est de 0,2 et le NNT = 5
- NNH = le nombre de patient qu'il faut traiter pour voir apparaître un effet secondaire. NNT/NNH = bénéfice risque ratio
- Effect size : Cohen's $d = \frac{M_1 - M_2}{s_{\text{pooled}}}$: grand si $> 0,8$ petit $< 0,5$



Le pronostic

C'est l'estimation de l'évolution future de la maladie du patient

Les études sur le pronostic utilisent généralement les courbes de survie (de survenue d'un événement au cours du temps)

TABLE 1 Practical interpretation of d and g values

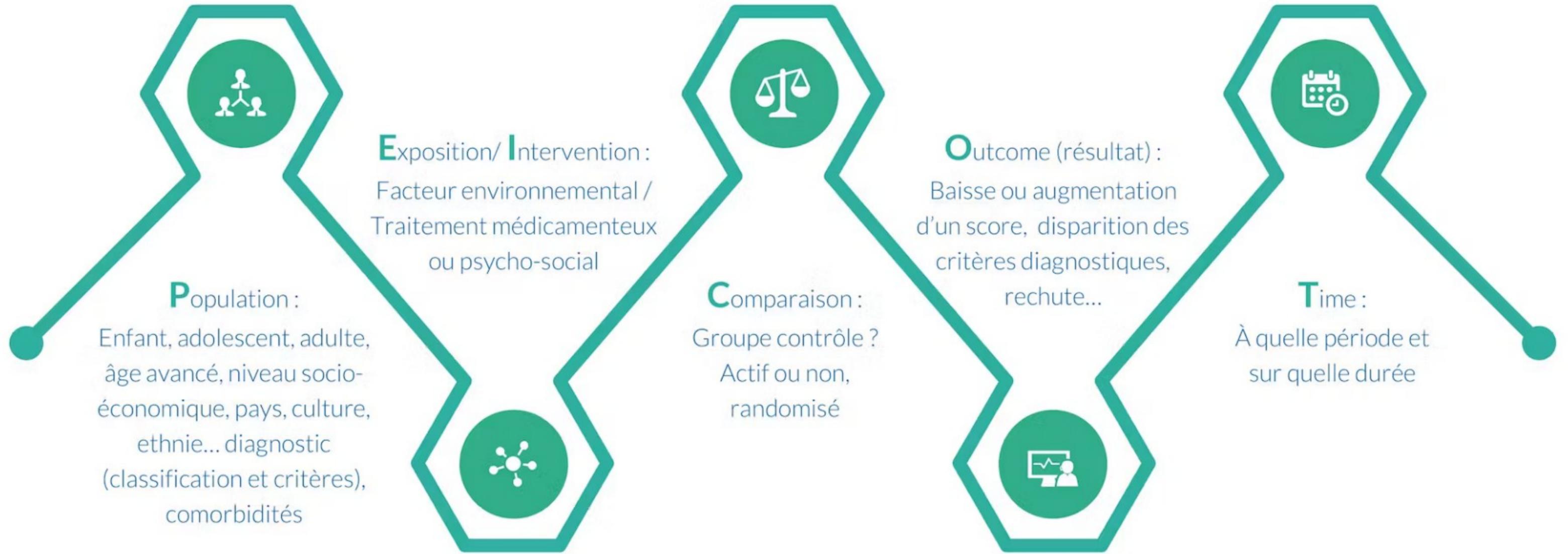
d or g	Cohen's benchmark	Type of effect	Percentile of treated patients ^a	Success rate of treated patients, % ^b
1.00		Beneficial	84	72
0.90		Beneficial	82	70
0.80	Large	Beneficial	79	69
0.70		Beneficial	76	66
0.60		Beneficial	73	64
0.50	Medium	Beneficial	69	62
0.40		Beneficial	66	60
0.30		Beneficial	62	57
0.20	Small	Beneficial	58	55
0.10		No effect	54	52
0.00		No effect	50	50
-0.10		No effect	46	48
-0.20		Detrimental	42	45
-0.30		Detrimental	38	43

Note. Adapted from Cohen (1988), Norcross et al. (2017), and Wampold and Imel (2015).



PECO ou PICOT

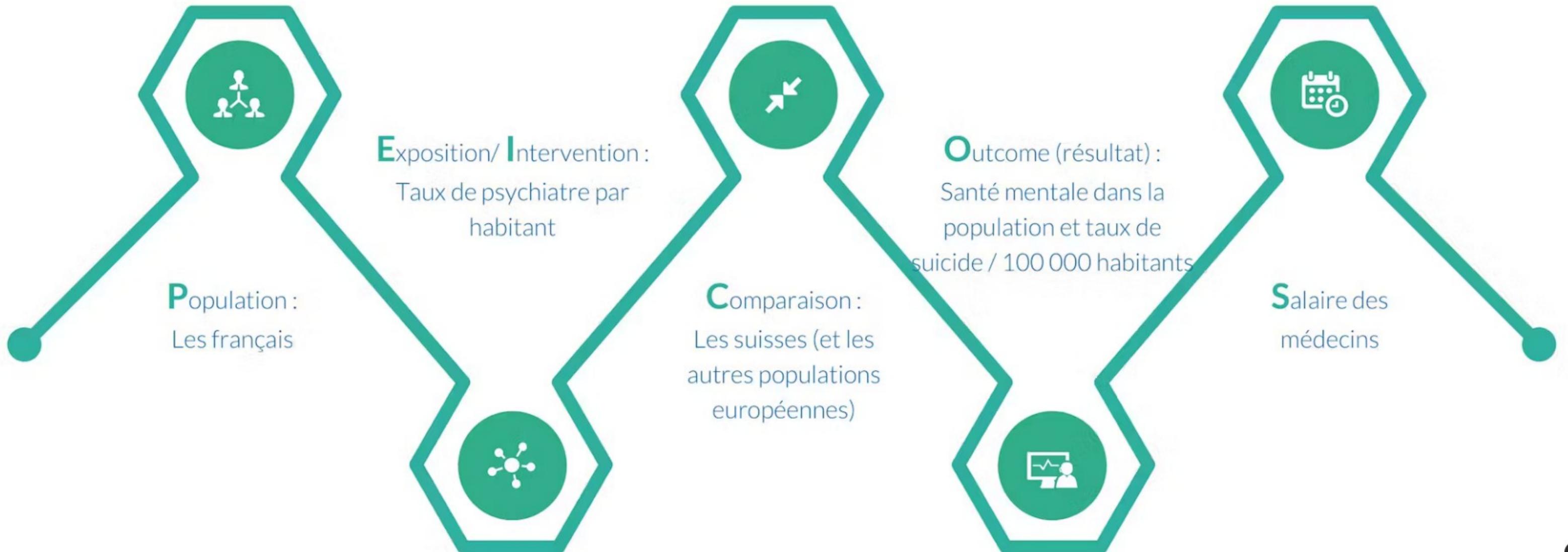
Démarche PECO ou PICOT pour l'evidence-based practice : le point de départ pour la formulation de la question clinique



Les SR et MA répondent à une ou deux questions PICOT alors qu'un patient en clinique soulève généralement de multiples questions PICOT

Exemple PECO(S)

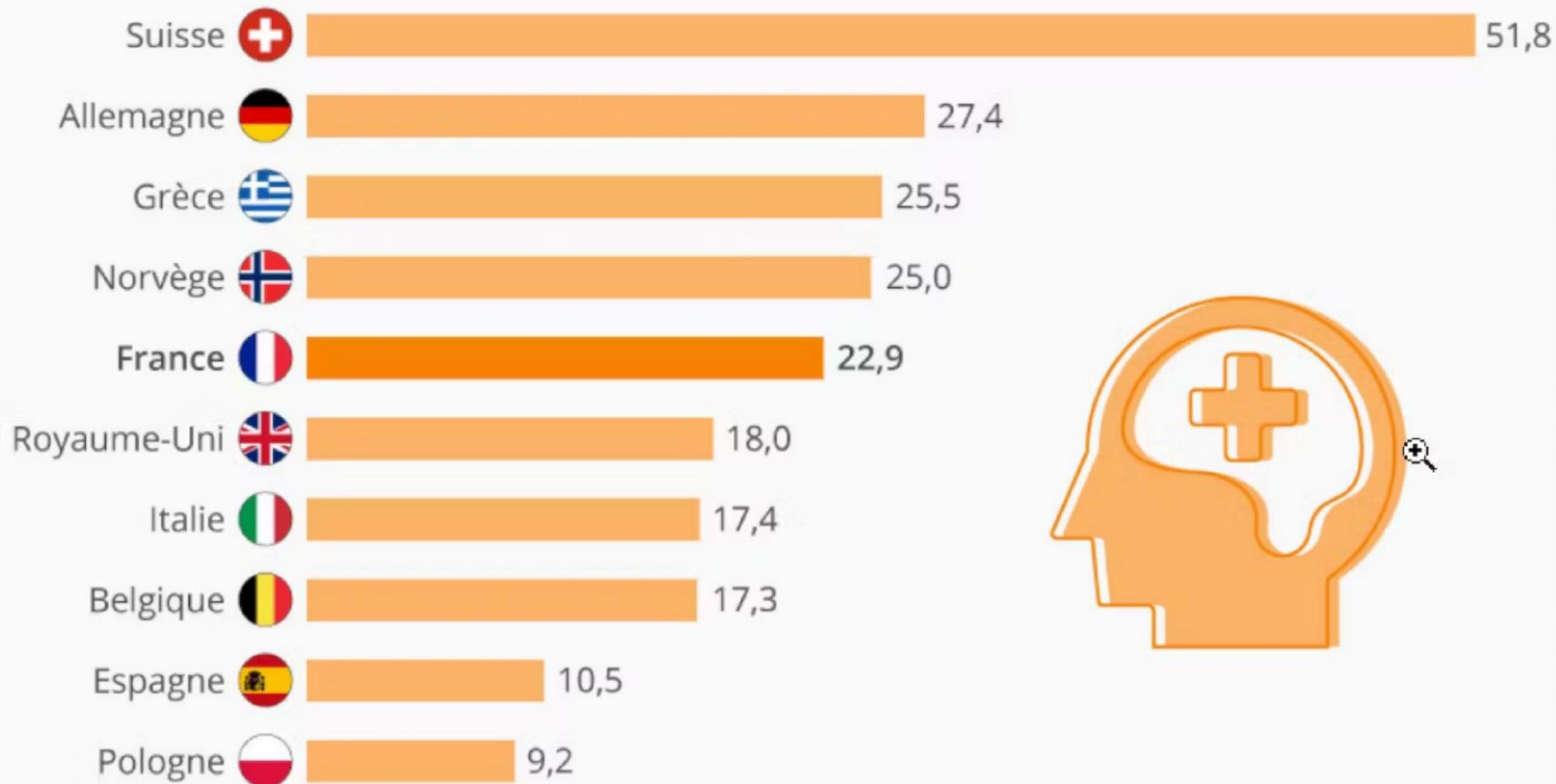
Démarche PECO evidence-based en matière de santé mentale



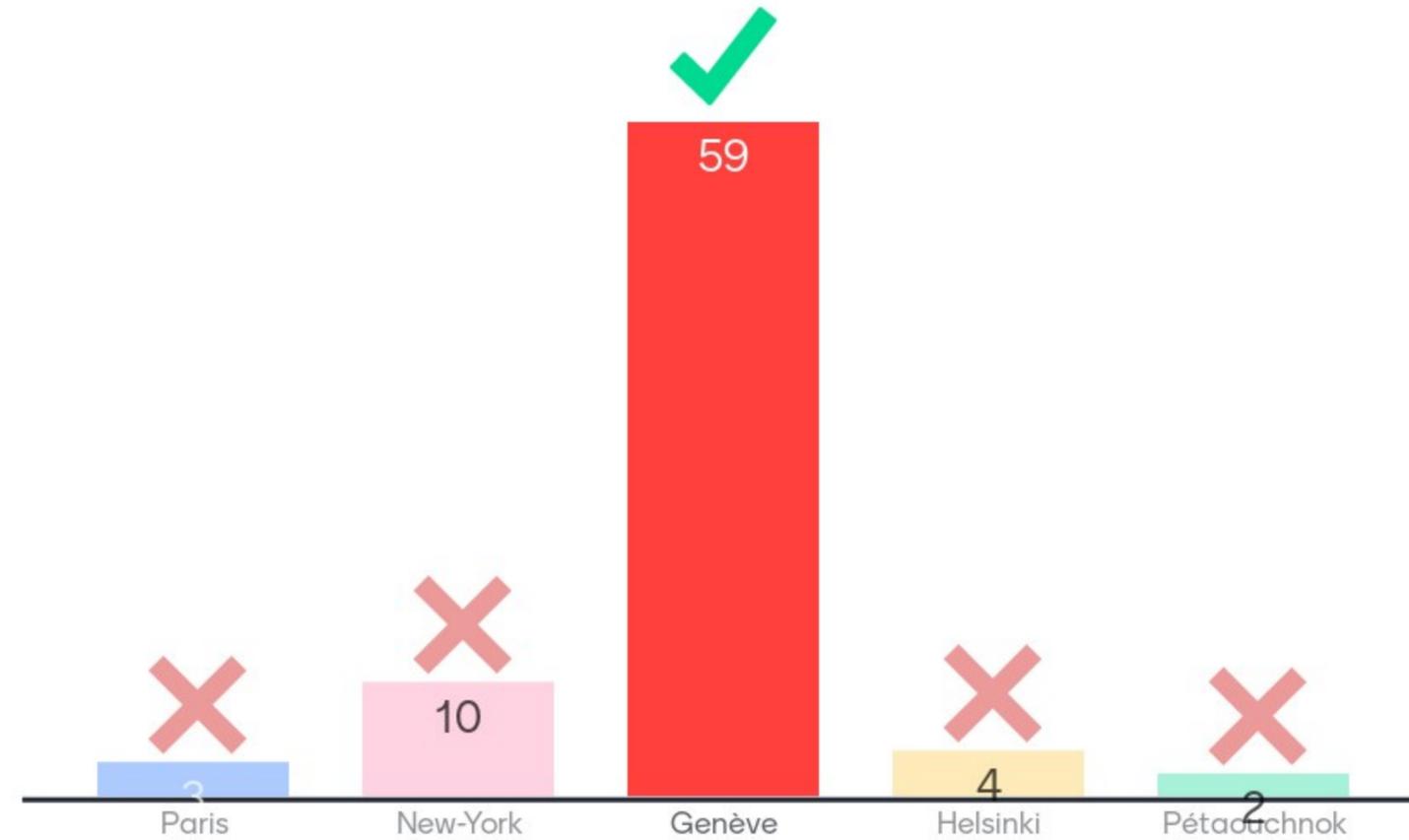
1
2
3
Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais

Les pays européens qui comptent le plus de psychiatres

Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants dans une sélection de pays (2017)



Quelle ville détient le record de psychiatre par habitant?



16 psys pour 10'000 habitants

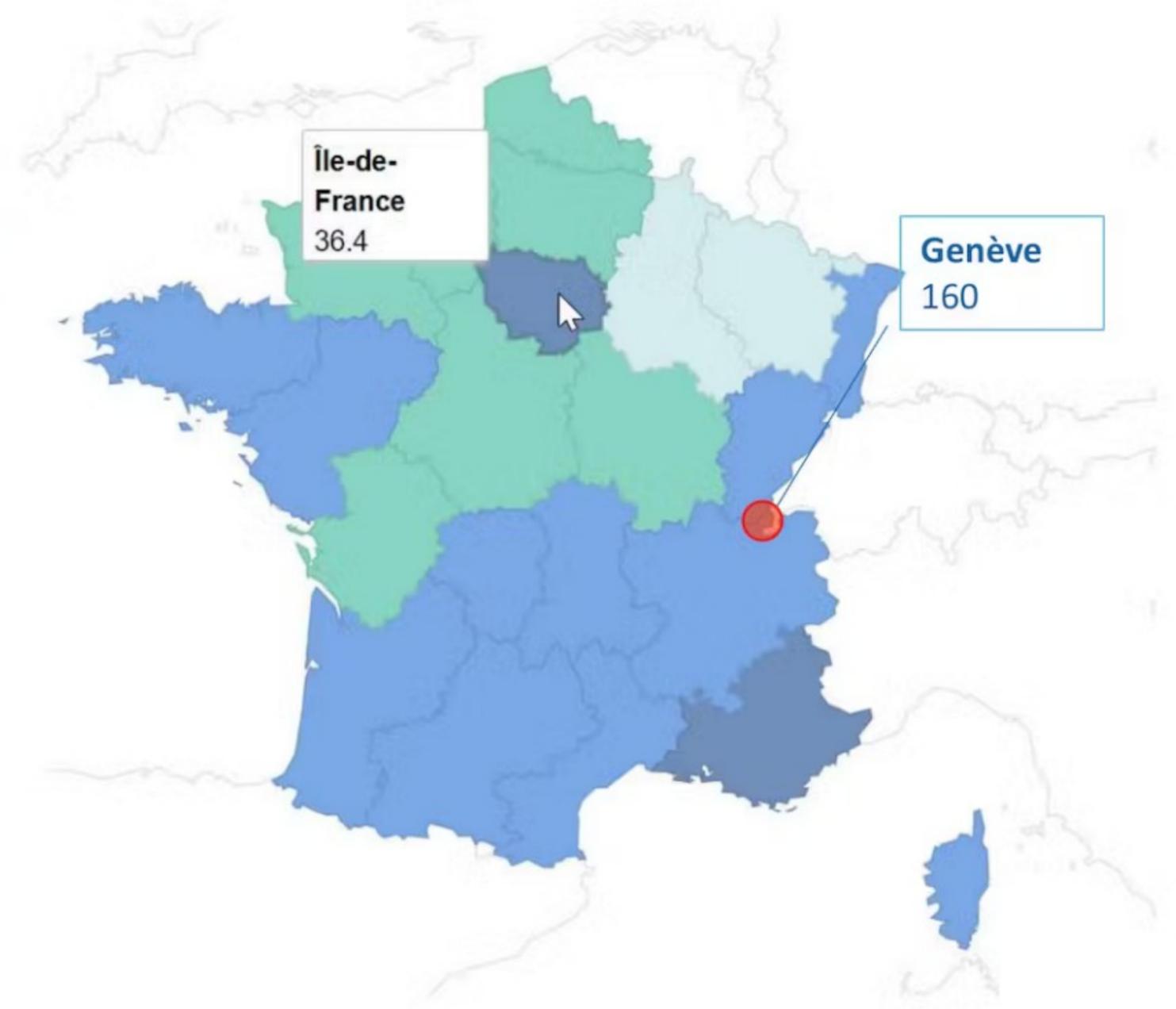
Genève, championne du monde des psys

La ville romande compte une densité spectaculaire de psys. Près d'un quart des Genevois font état de troubles psychiques, en raison par exemple de leur déracinement et leur insatisfaction au travail. Mais le taux de suicides est le plus bas du pays.

Publié: 26.02.2022 à 06:00 heures

Avec six psychiatres pour 10'000 habitants, la Suisse compte la plus haute densité d'accès aux soins psychiatriques d'Europe. Un classement où les États les plus riches sont en tête: Monaco et la Norvège complètent le podium. Ce qui est surprenant pour la Suisse, c'est que Genève tire fortement la moyenne vers le haut: le canton culmine à seize psychiatres pour 10'000 habitants, soit presque deux fois plus que dans le canton de Vaud, quatre fois plus qu'à Paris et six fois plus qu'à New York (pourtant réputée en la matière). La seule concurrence suisse est Bâle-Ville, qui compte 14 psychiatres pour 10'000 habitants.

DENSITÉ PAR RÉGION*

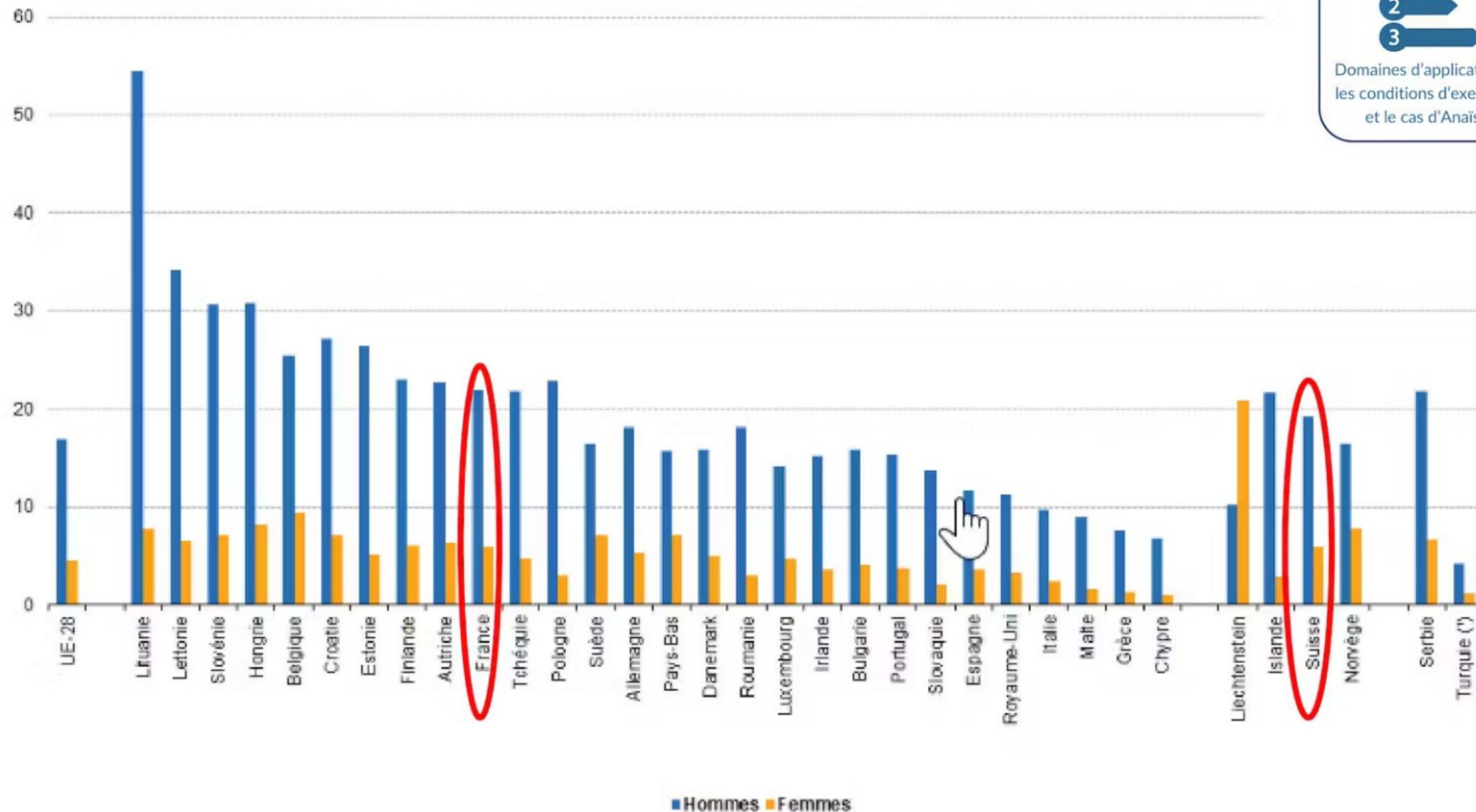


Mentimeter

- 1
- 2
- 3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais

Décès par suicide — taux de mortalité standardisé, 2016 (pour 100 000 habitants)



1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Remarque: les valeurs sont classées selon la moyenne hommes/femmes.
(*) Les définitions diffèrent.
Source: Eurostat (code des données en ligne: hlth_cd_asdr2)

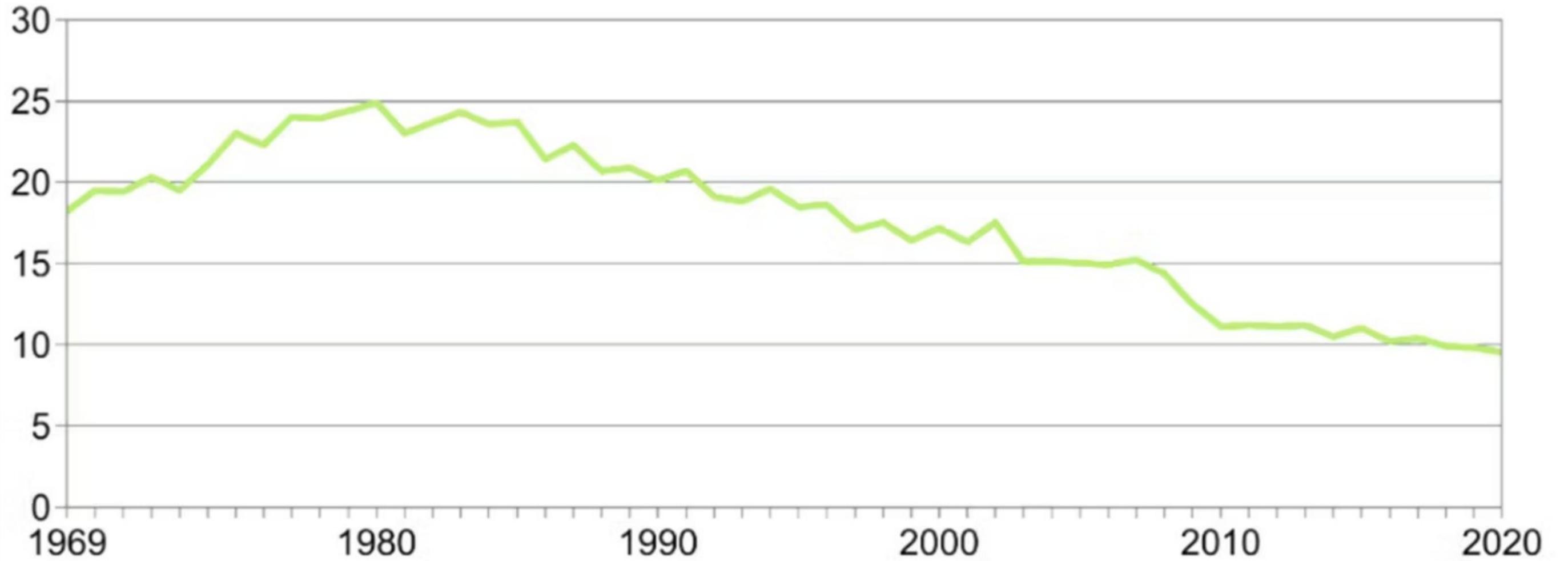


- 1
- 2
- 3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais

Taux de suicide

Décès par suicide pour 100 000 habitants



Sans les suicides assistés

Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

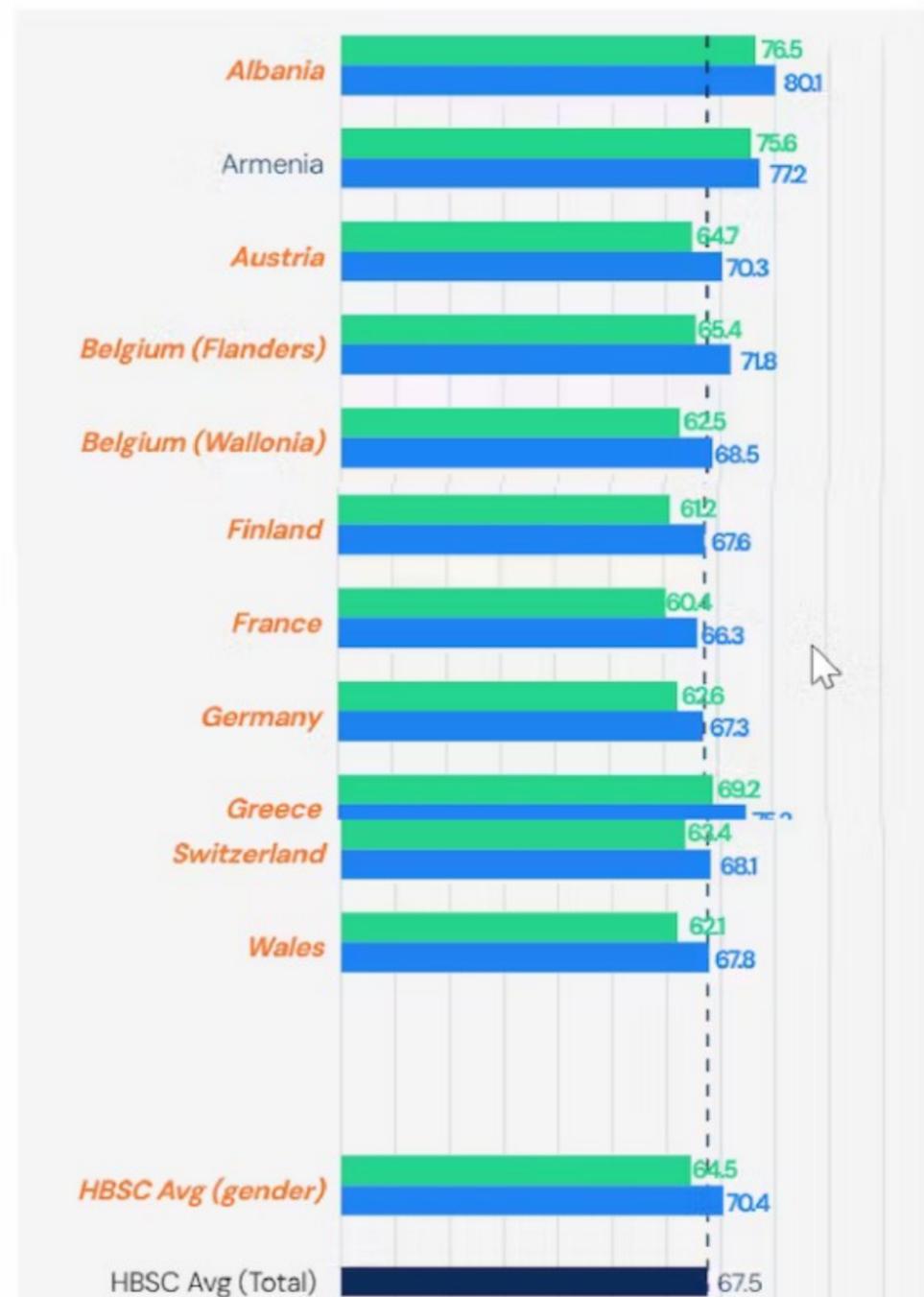
© OFS 2022



11-year-olds : mean mental well-being score (WHO-5)

HBSC survey 2022

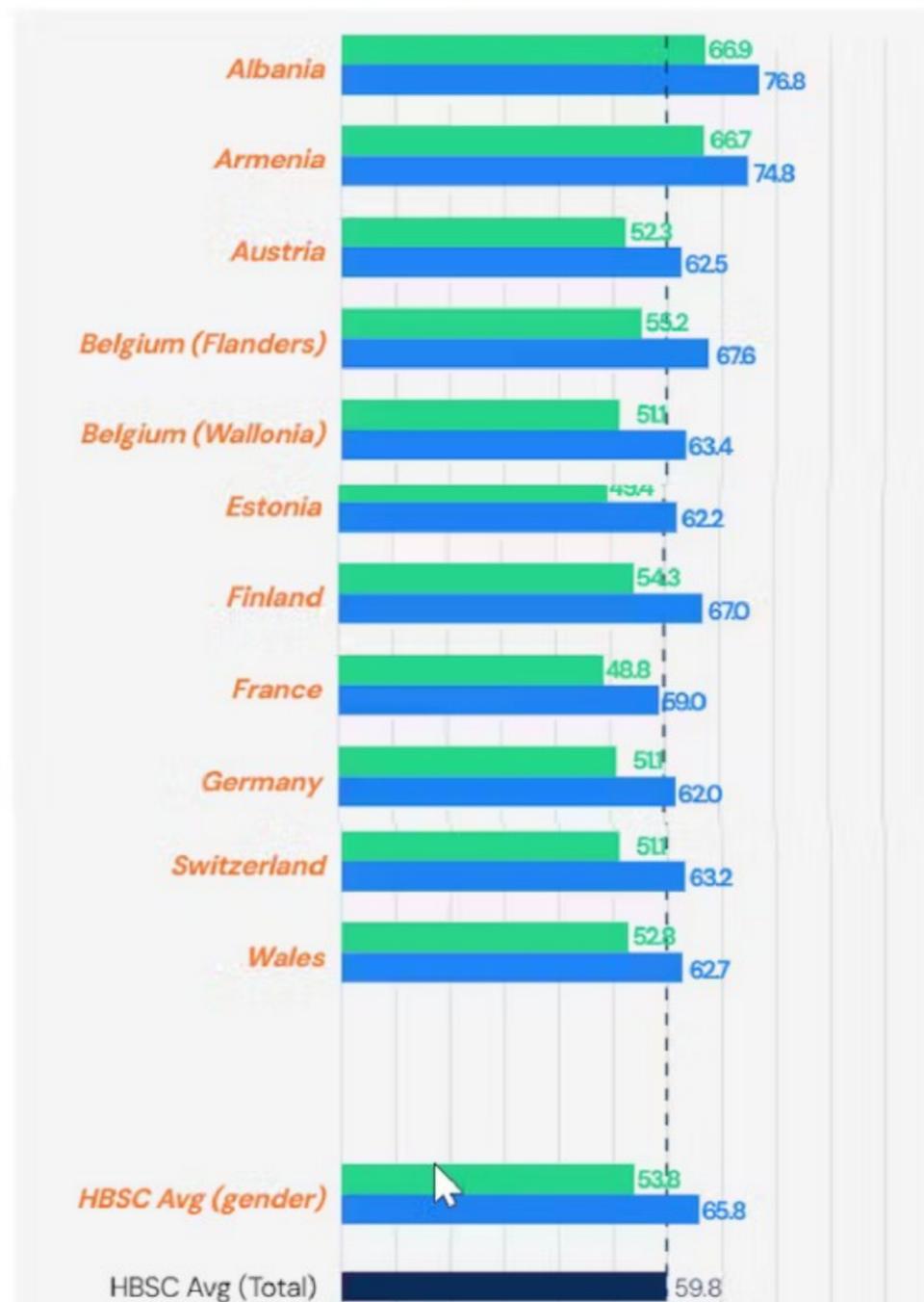
Girls (Mean score) ■
Boys (Mean score) ■



13-year-olds : mean mental well-being score (WHO-5)

HBSC survey 2022

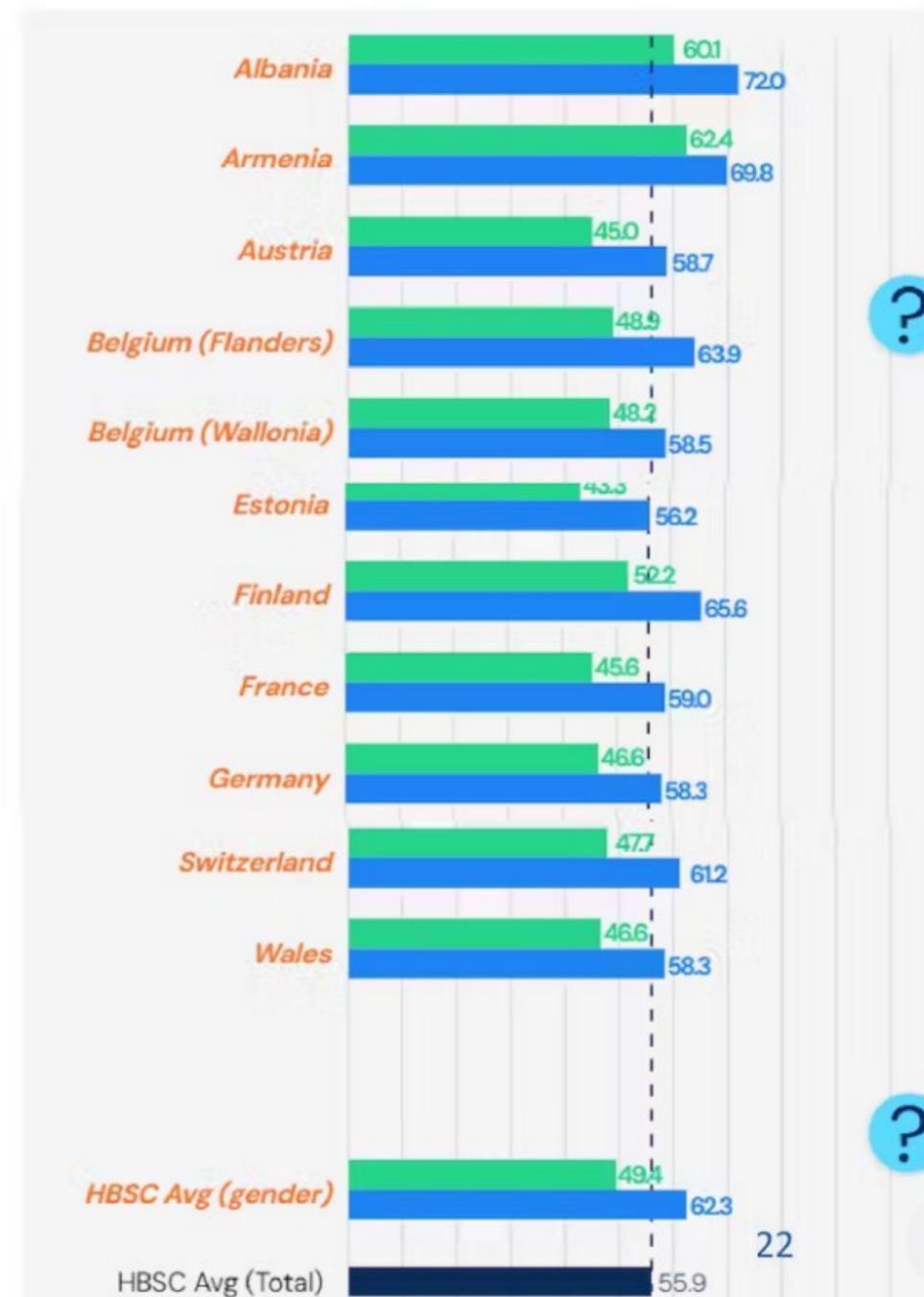
Girls (Mean score) ■
Boys (Mean score) ■



15-year-olds : mean mental well-being score (WHO-5)

HBSC survey 2022

Girls (Mean score) ■
Boys (Mean score) ■



1
2
3

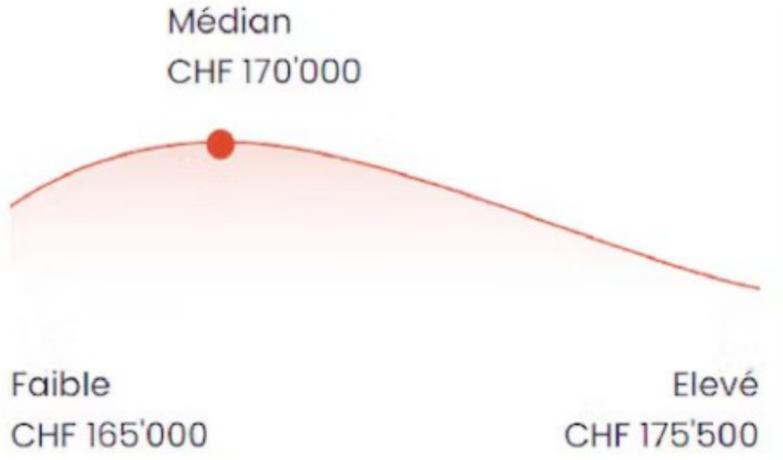
Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Combien un Psychiatre gagne-t-il en Suisse ?

CHF 170'000 / Année

Basé sur 13 salaires

Le salaire médian pour les emplois **psychiatre** en **Suisse** est **CHF 170'000** par an ou **CHF 87.18** par heure. Les postes de niveau débutant commencent avec un salaire environnant **CHF 165'000** par an, tandis que les travailleurs les plus expérimentés gagnent jusqu'à **CHF 175'500** par an.

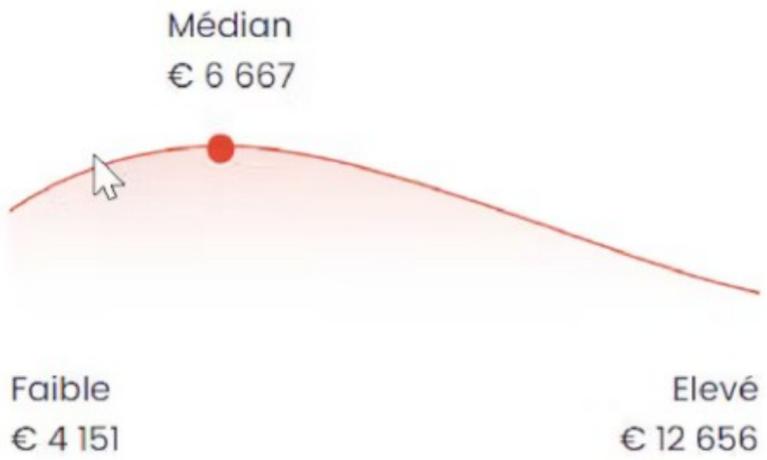


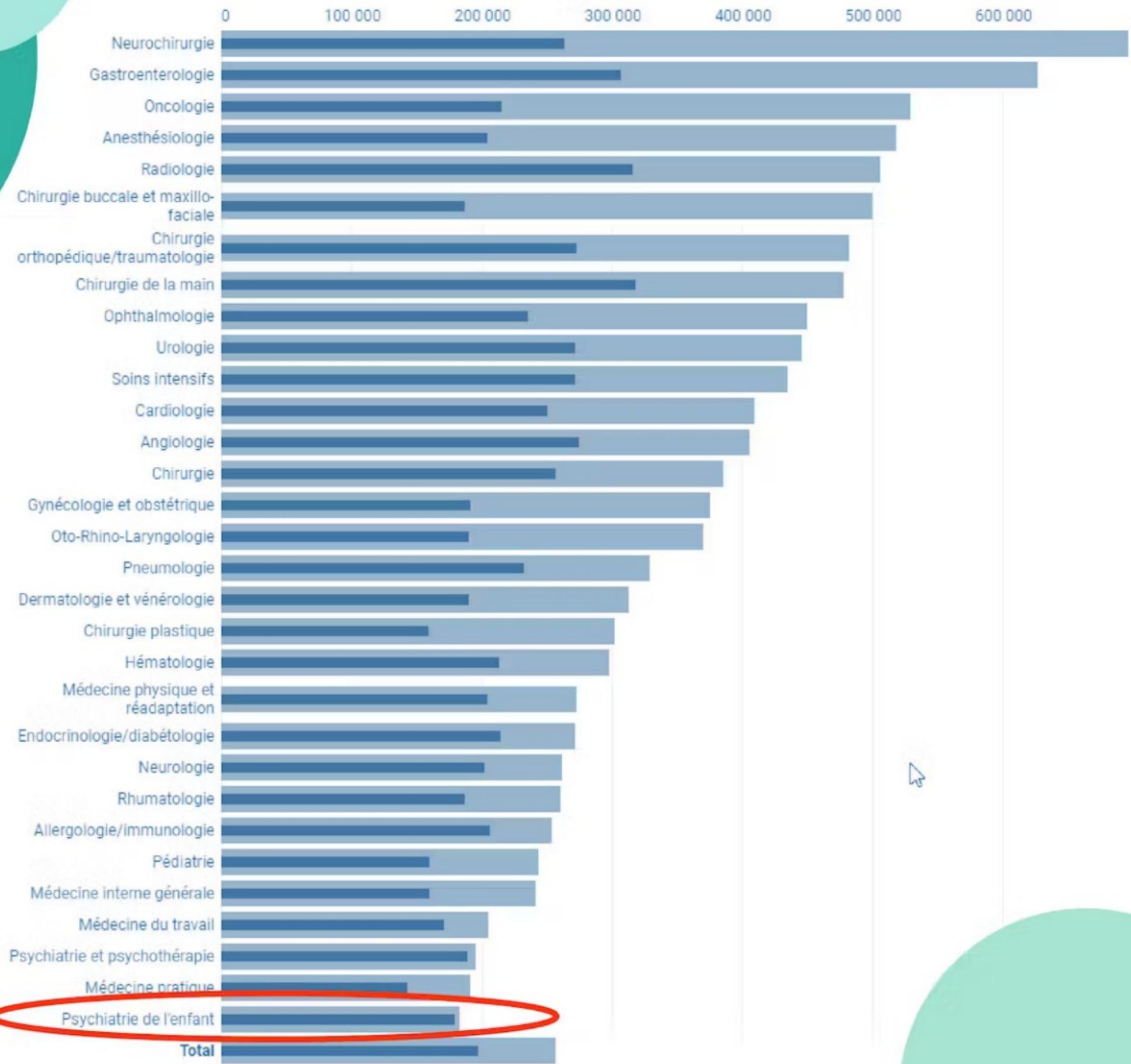
Combien un Medecin psychiatre gagne-t-il en France ?

€ 6 667 / Mois

Basé sur 2080 salaires

Le salaire médian pour les emplois **medecin psychiatre** en **France** est **€ 80 000** par an ou **€ 43.96** par heure. Les postes de niveau débutant commencent avec un salaire environnant **€ 49 806** par an, tandis que les travailleurs les plus expérimentés gagnent jusqu'à **€ 151 872** par an.





Mentimeter

2

3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



Voici le top 10 des pays les plus heureux :

1. La Finlande : 7,821
2. Le Danemark : 7,636
3. L'Islande : 7,557
4. La Suisse : 7,512
5. Les Pays-Bas : 7,415
6. Le Luxembourg : 7,404
7. La Suède : 7,384
8. La Norvège : 7,365
9. L'Israël : 7,364
10. La Nouvelle-Zélande : 7,200

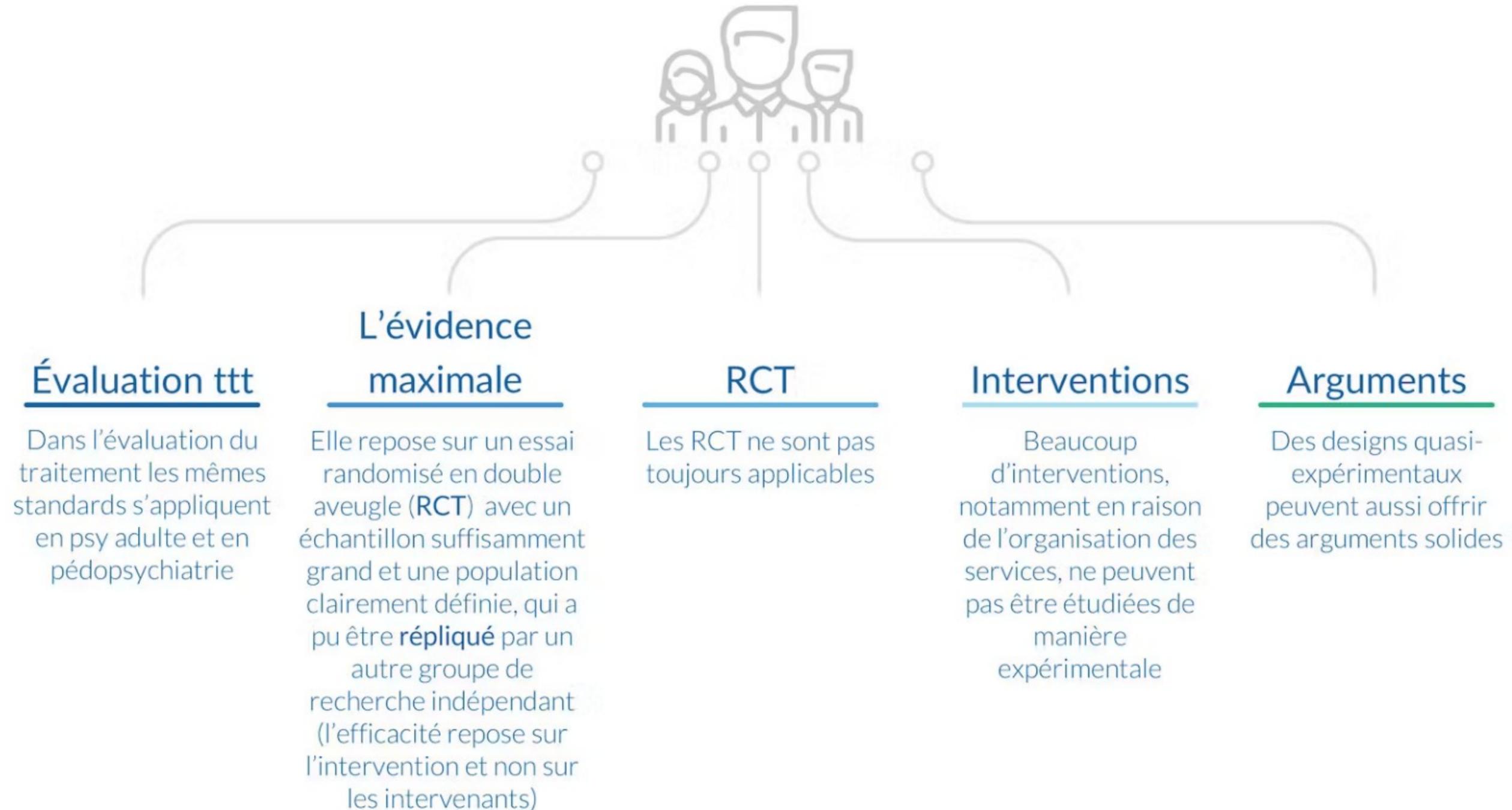
Définir les critères du bonheur

Si le bonheur est subjectif, ce rapport des Nations-Unies basé sur les données de plus de 150 pays – en y analysant les conditions de vie et le développement – nous aide à y voir plus clair. Les critères de ce classement sont la sensation de sécurité dans le pays et vis-à-vis des guerres internationales, à la liberté décisionnelle, au PIB par habitant, à la perception de solidarité nationale ou encore à l'espérance de vie.

1. Finlande
2. Danemark
3. Islande
4. Suisse
5. Pays-Bas
6. Luxembourg
7. Suède
8. Norvège
9. Israël
10. Nouvelle-Zélande
11. Autriche
12. Australie
13. Irlande
14. Allemagne
15. Canada
16. États-Unis
17. Royaume-Uni
18. République tchèque
19. Belgique
20. France

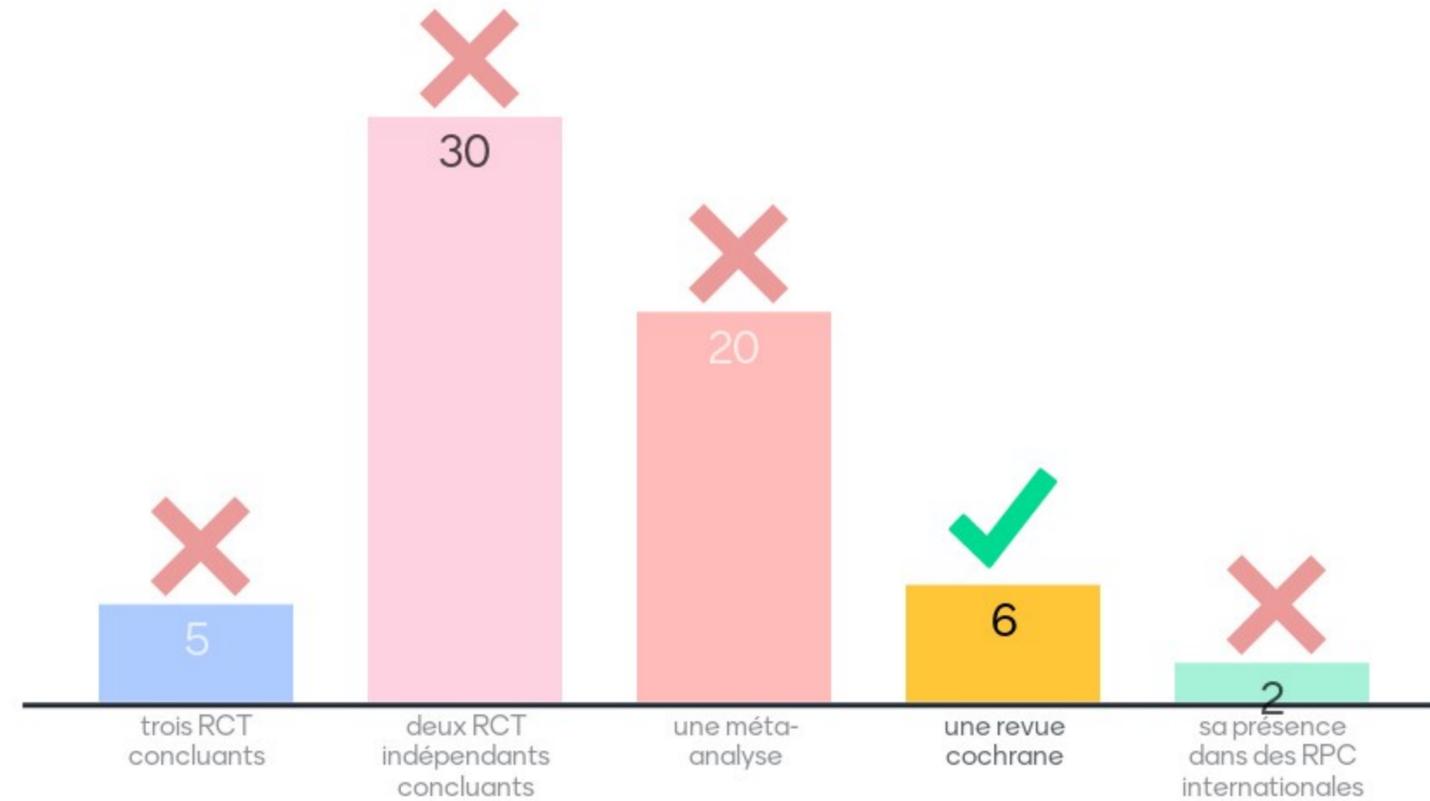


L'évidence en (pédo)psychiatrie : le traitement



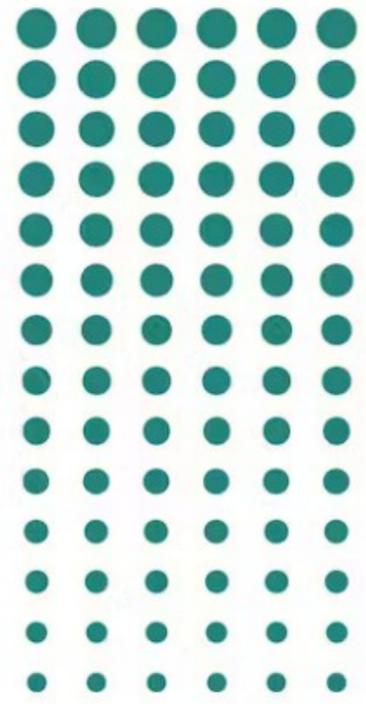
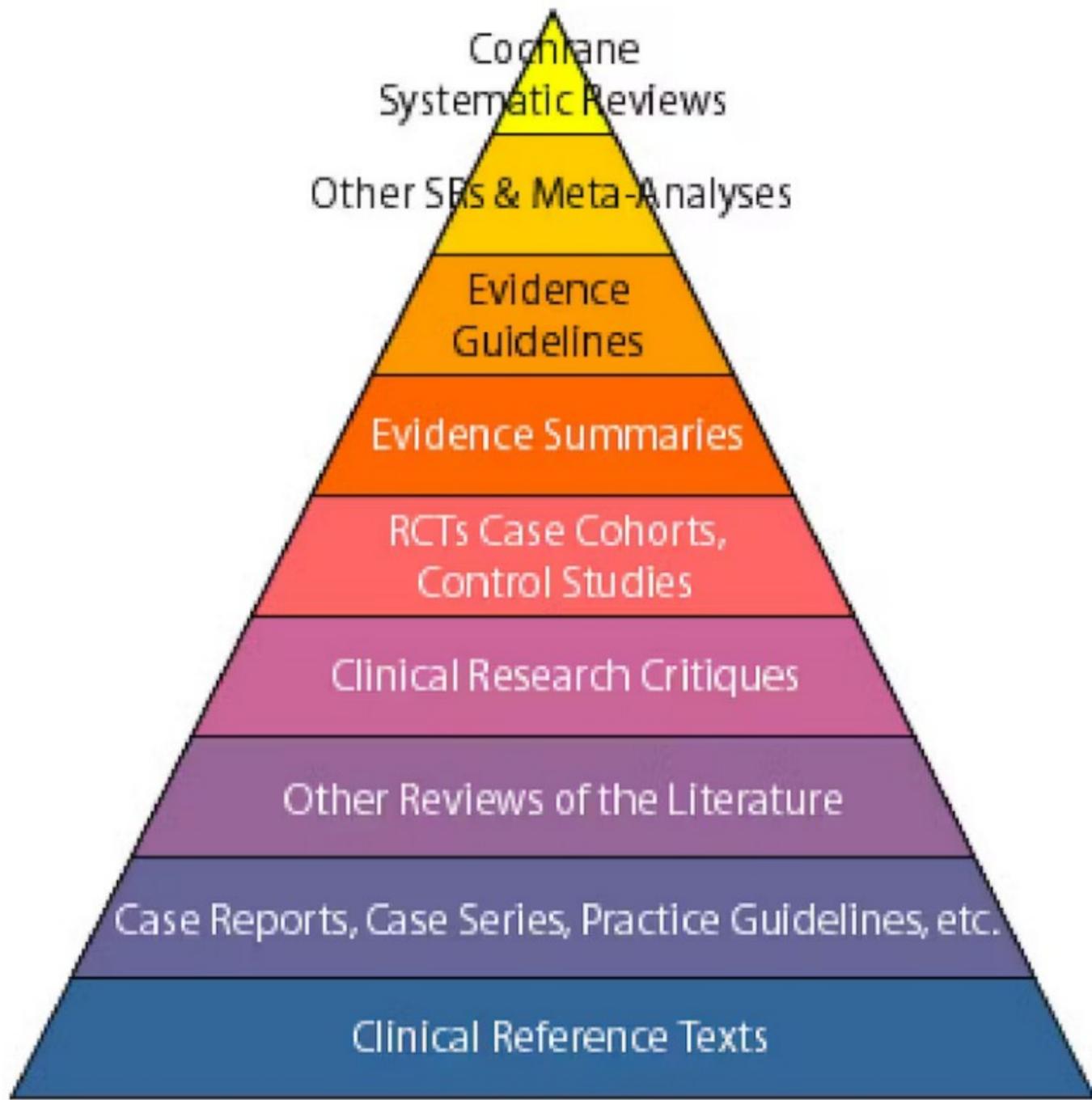
Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais

Quelle est l'évidence maximale pour une intervention en pédopsychiatrie?

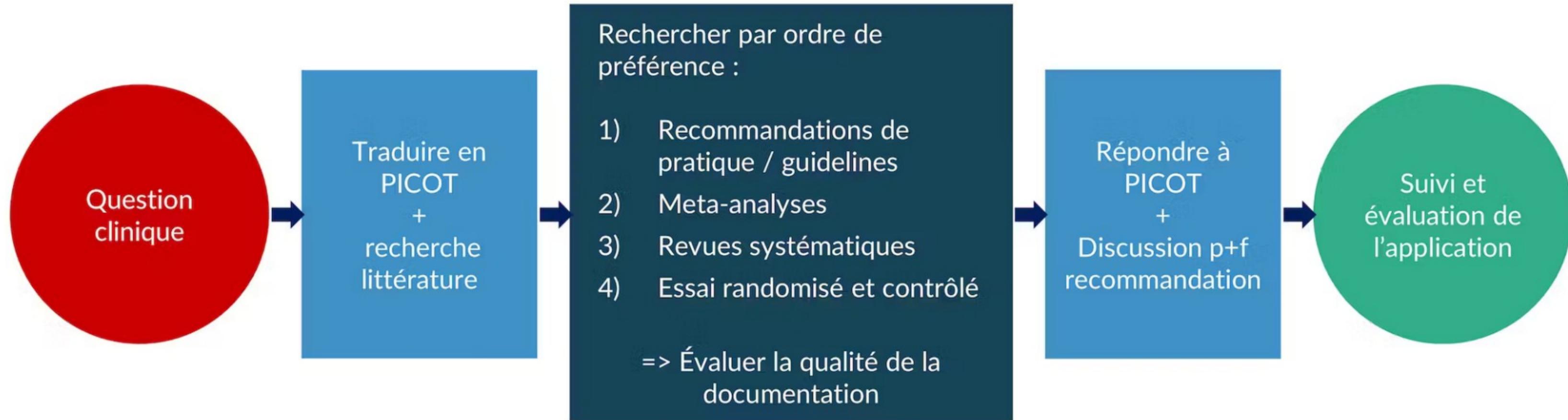


1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais



Marche à suivre



Courtney & Al. 2019 J Am Acad Child Adolesc Psychiatry



Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais

TABLE 1 Summary of Key Quality Indicators of Evidence Syntheses

Systematic Reviews

- Is there a clear PICOT question³ (or multiple questions)?
- Is there a detailed search strategy?
- Are there clear inclusion and exclusion criteria that were defined before the search?
- Are there methods for assessing bias within and across primary studies (eg, GRADE¹⁷), including publication bias (eg, funnel plot)?
- Were funding sources and management of conflicts of interest described?

Meta-Analyses

- All of the above and:
 - Is there a description of how the results were synthesized (eg, a forest plot)?
 - Is the degree of heterogeneity described?

Clinical Practice Guidelines

- All of the above and:
 - Is there input from multiple relevant disciplines?
 - Is there input from people with lived experience and their families?
 - Was there a systematic process to take the evidence and translate it into actionable recommendations (eg, Delphi process¹⁸)?
 - Is the strength of the evidence that supports a recommendation clearly labeled?

Note: GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; PICOT = population/intervention /comparison/outcome/timing.



L'évaluation de la qualité des revues systématiques et méta-analyses

1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



Il existe des outils standards reconnus : PRISMA checklist, AMSTAR, ROBIS



La question devrait renvoyer à une réponse possible au PICOT



La recherche effectuée à l'aide de bases de données multiples (Medline, EMBASE, PsychINFO)



Critères d'inclusion et d'exclusion des études prises en compte et appliqués par deux évaluateurs indépendants



La recherche des études non publiées et l'évaluation des biais de publication



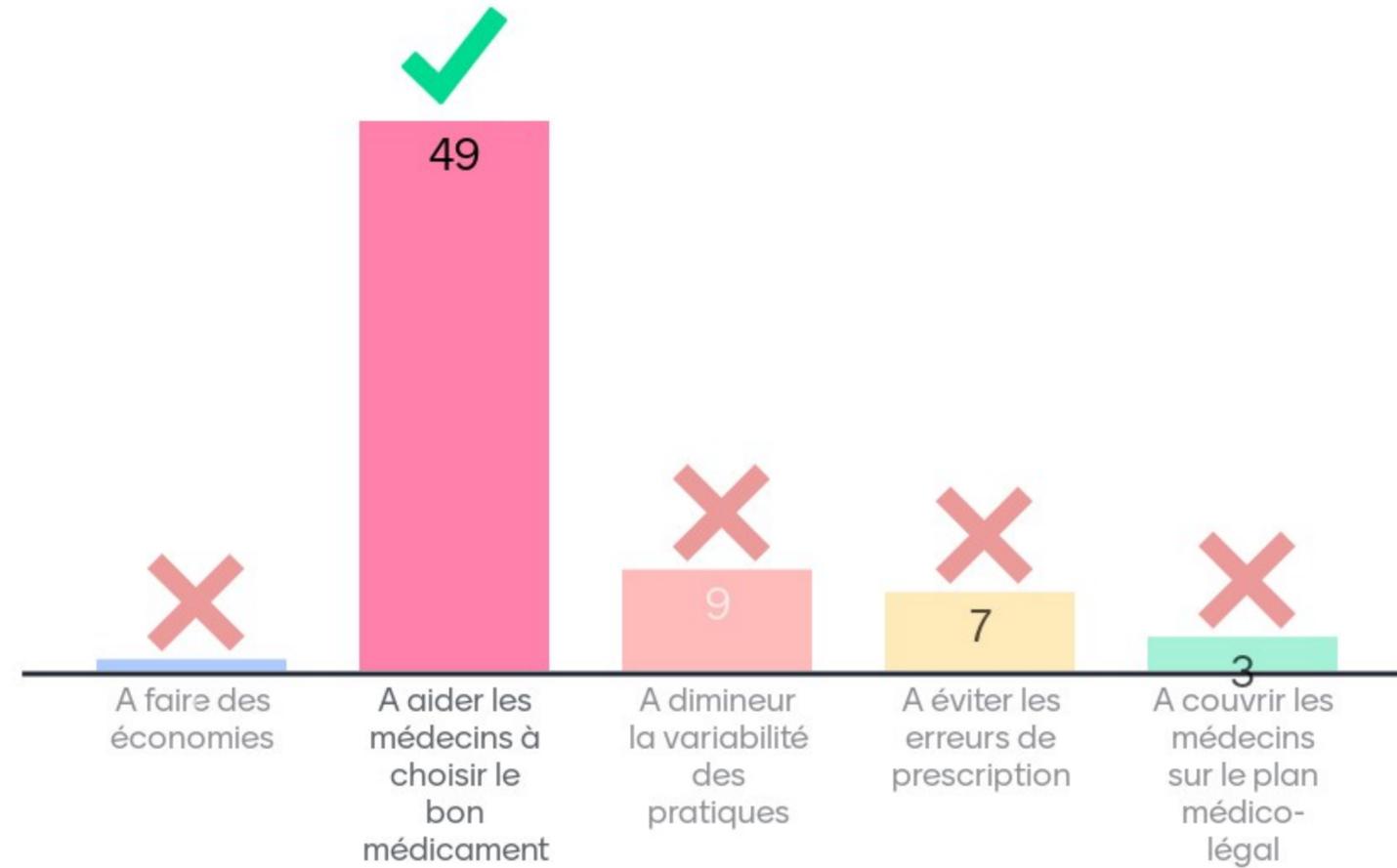
Utilisation du grading of recommendations assessment, development and evaluation (GRADE) => evidence élevée, modérée, faible ou très faible



Mention des sponsors et des conflits d'intérêt susceptibles d'influencer les résultats (industrie pharmaceutique)

Courtney & Al. 2019 J Am Acad Child Adolesc Psychiatry

A quoi sert avant tout l'evidence based medicine en psychopharmacologie?



Cas clinique



Anaïs 15 ans est adressée par sa pédiatre pour une perte de 12 kgs en 3 mois

Cadette d'une fratrie de deux enfants, elle est née en Suisse de parents originaires d'un pays de l'est et elle s'est développée harmonieusement durant son enfance

Elle est anxieuse de nature et plus particulièrement pour la planète, elle souhaite devenir mère mais s'inquiète de l'état du monde dans lequel ses enfants pourront grandir

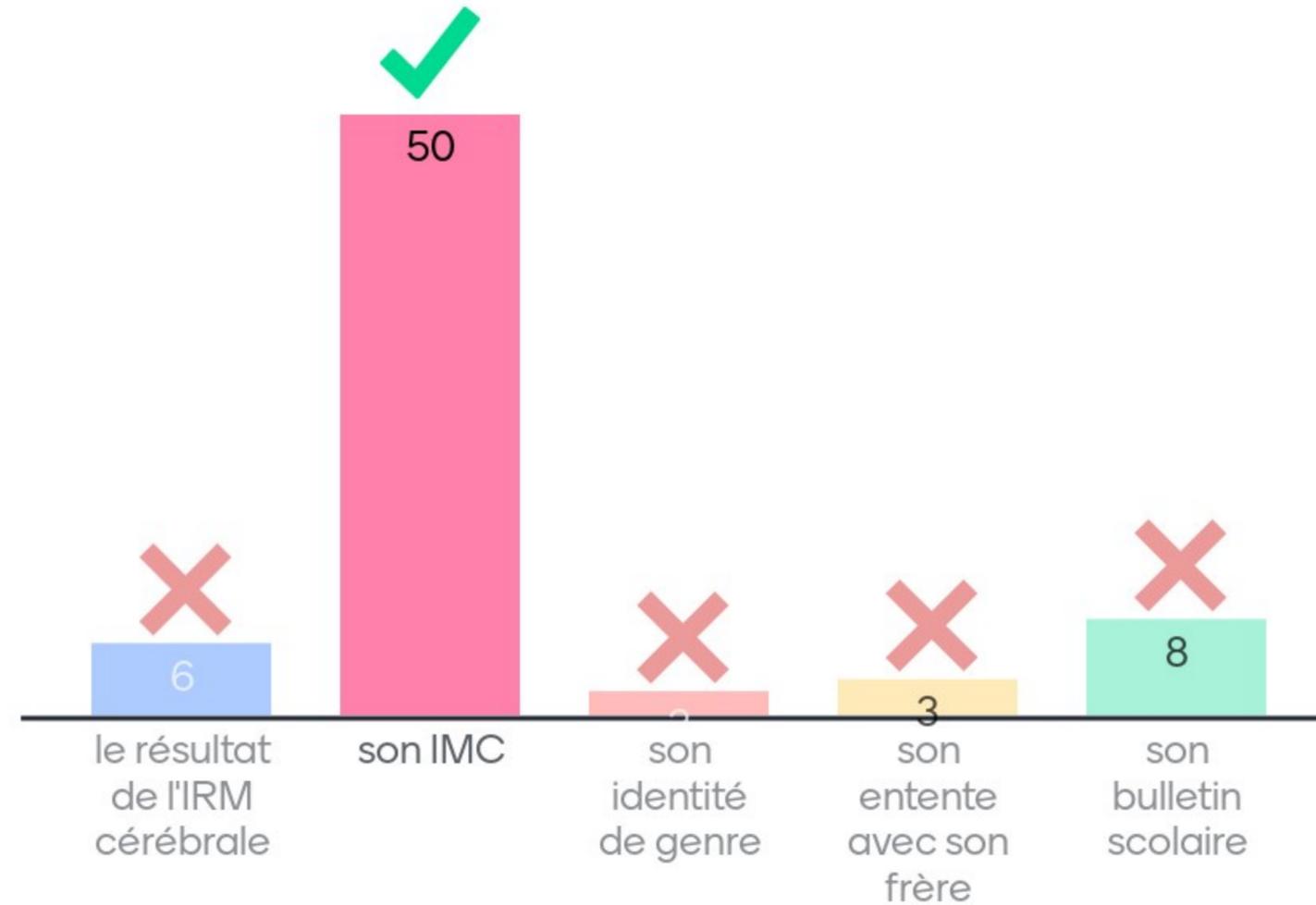
Des difficultés conjugales en lien avec une jalousie pathologique du père sont apparues il y a plusieurs années avec, comme conséquence, l'isolement de la famille

Son père est un ancien sportif de haut niveau et sa mère est enseignante

C'est une élève brillante qui a été promue au gymnase (Lycée)



De quelle information manquante auriez-vous besoin prioritairement?





Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Première rencontre

01

Anaïs n'est pas très contente de consulter en psychiatrie car pour elle il n'y a aucun problème à traiter. Elle porte un survêtement ample avec des baskets, elle a les cheveux longs et porte un discret rouge à lèvres

02

Elle s'est restreinte sur le plan alimentaire car elle se trouvait énorme et elle estime que les 12 kg qu'elle a perdus ne sont pas suffisants, et elle compte bien poursuivre ses efforts pour perdre encore du poids et arriver à 45 kg

03

Elle n'a plus ses règles depuis trois mois et ne s'en plaint pas car elles étaient abondantes et douloureuses

04

Elle souhaite être dispensée des cours de natation car se montrer en maillot de bain est au-dessus de ses forces

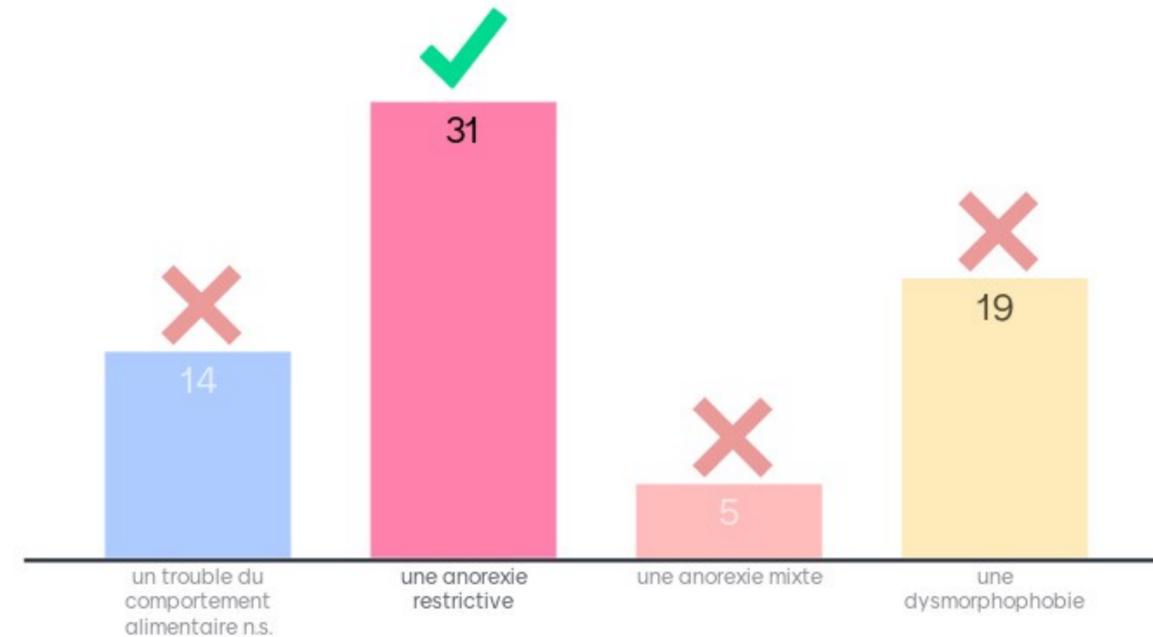
05

Elle est persuadée qu'avec encore 12 kg de moins, tout ira bien dans sa vie, elle retrouvera confiance en elle renouera avec une vie sociale et des loisirs

06

BMI = 23 (normal entre 17,5 et 24)
et Eating Attitude Test (EAT 26) =
56 > 20

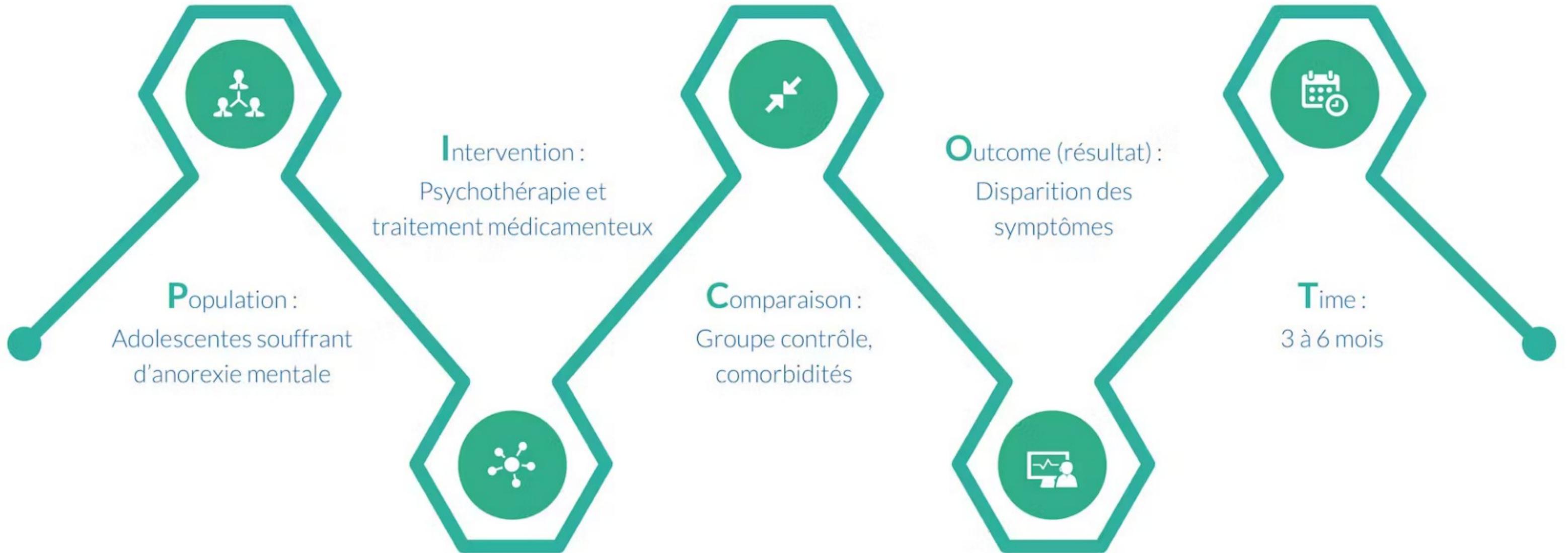
quel est le diagnostic le plus probable sachant que son bilan biologique est normal?



1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anais

PICOT pour Anais



1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Antécédents historiques

Surpoids dans son enfance, mère isolée
Conflits conjugaux, frère aîné sportif



Antécédents immédiats

Conflits avec son père, faible estime de soi
Insatisfaction corporelle, phobie de grossir



Comportement problème

Anorexie restrictive



Conséquences sur l'environnement

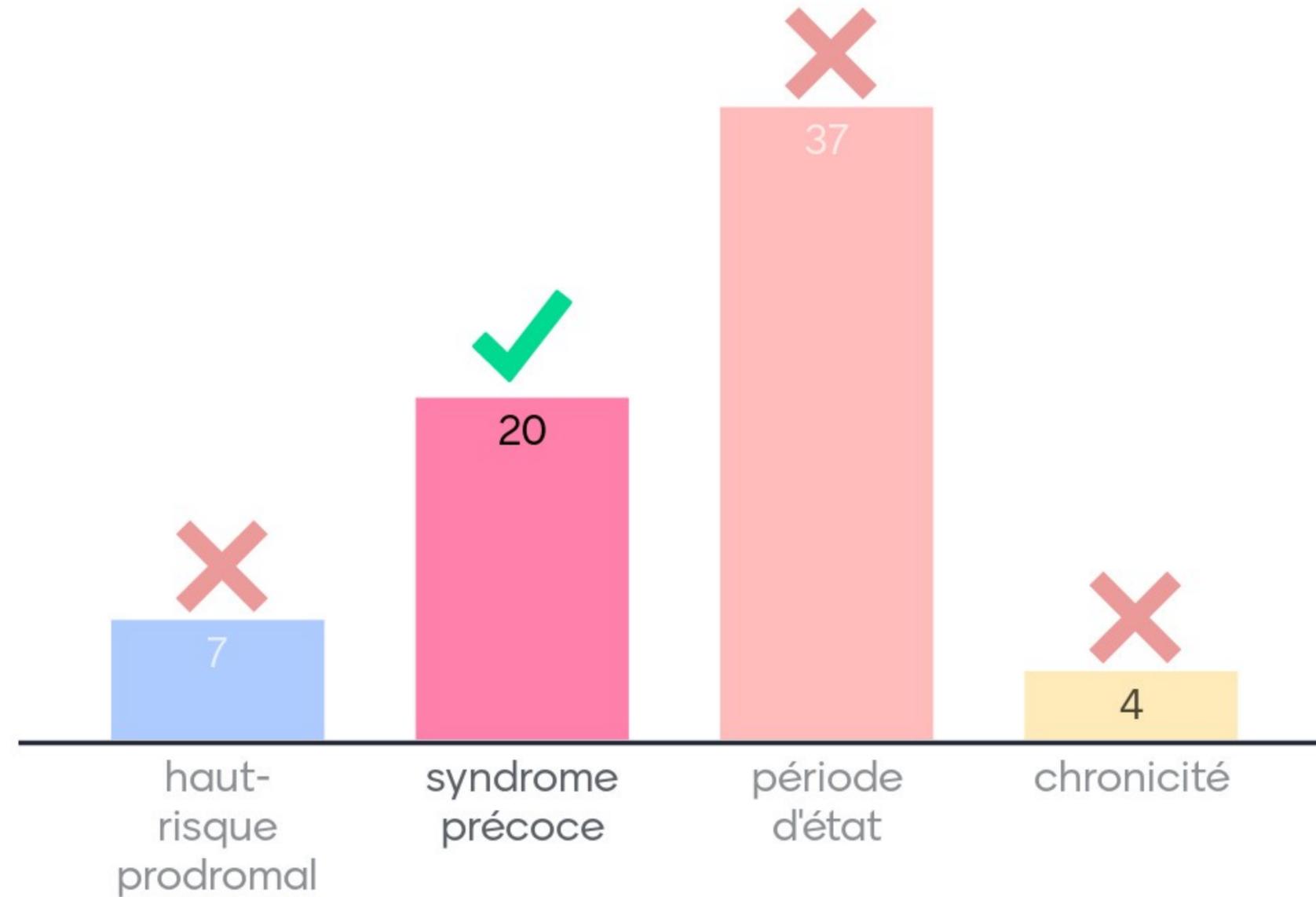
- Conflits avec le père, repas chacun dans son coin
- Autonomie restreinte
- Sentiment de supériorité/autres
- Isolement social et en famille
- Renforcement positif (jalousie des copines, attention de sa mère) ou négatif (exigences d'autonomie suspendues)

Conséquences sur le sujet

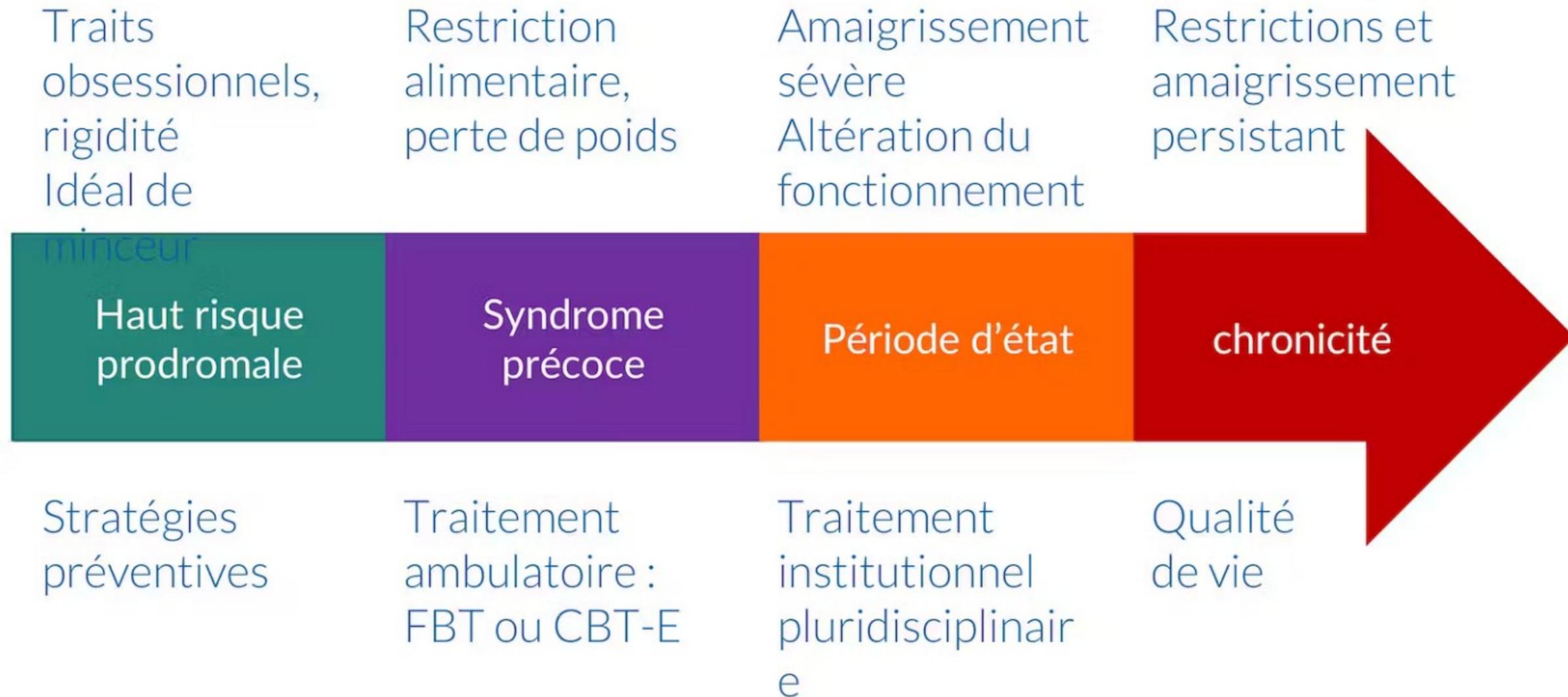
- Restriction alimentaire qui perdure
- Euphorie, sensation de maîtrise fugace
- Humeur basse
- Somatiques : lourdeur abdominale, hyperactivité
- Processus d'adolescence entravé
- Rigidité cognitive
- Dysmorphophobie



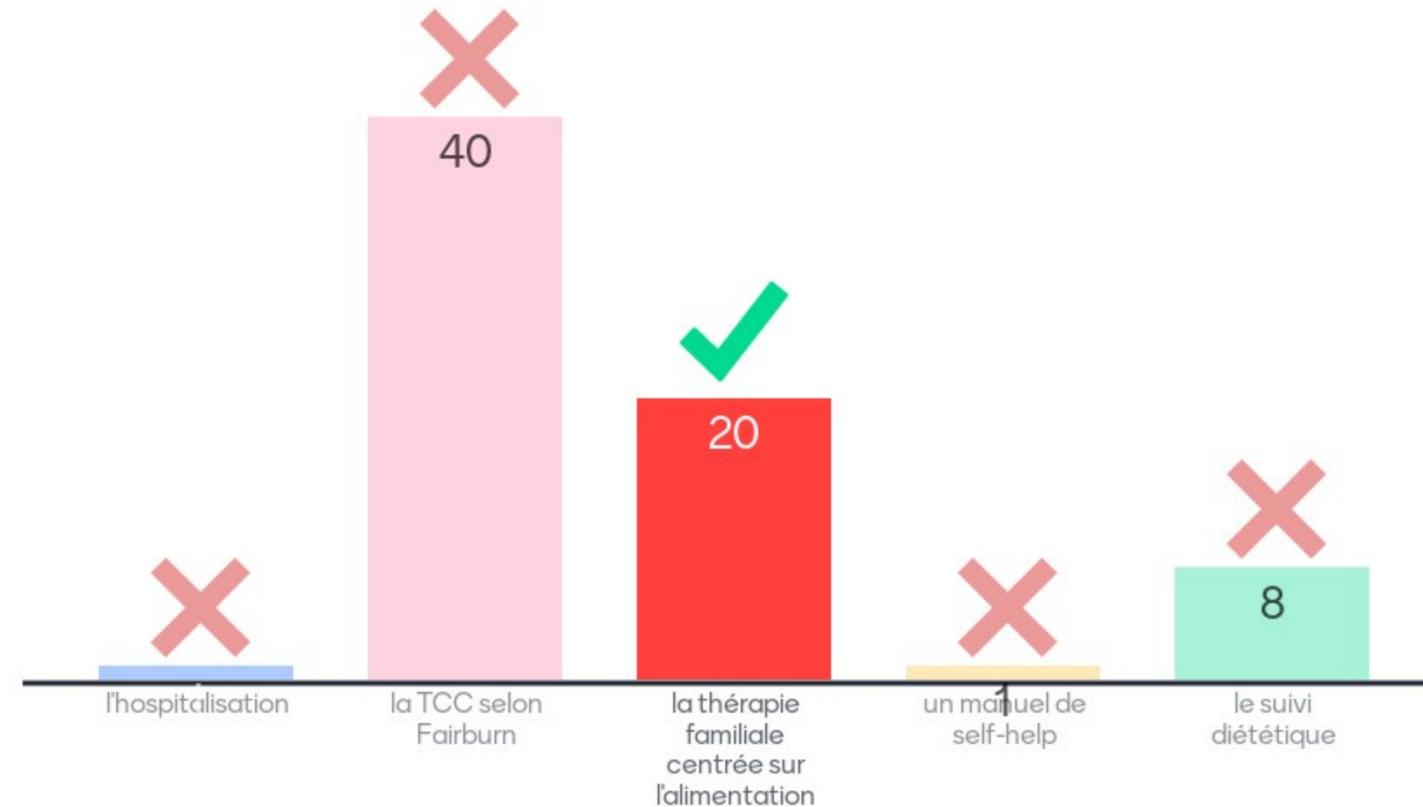
A quel stade de la maladie est-elle?



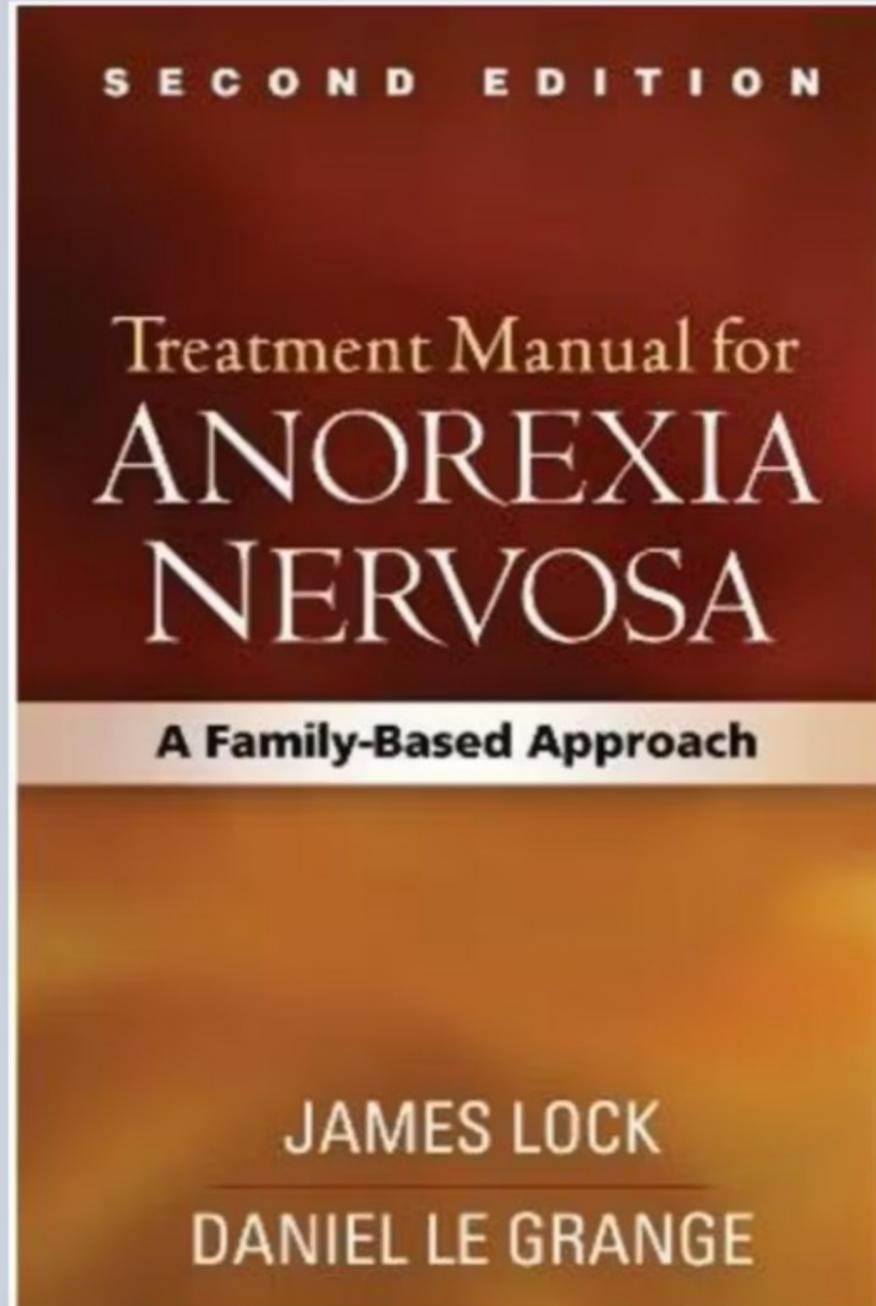
Staging



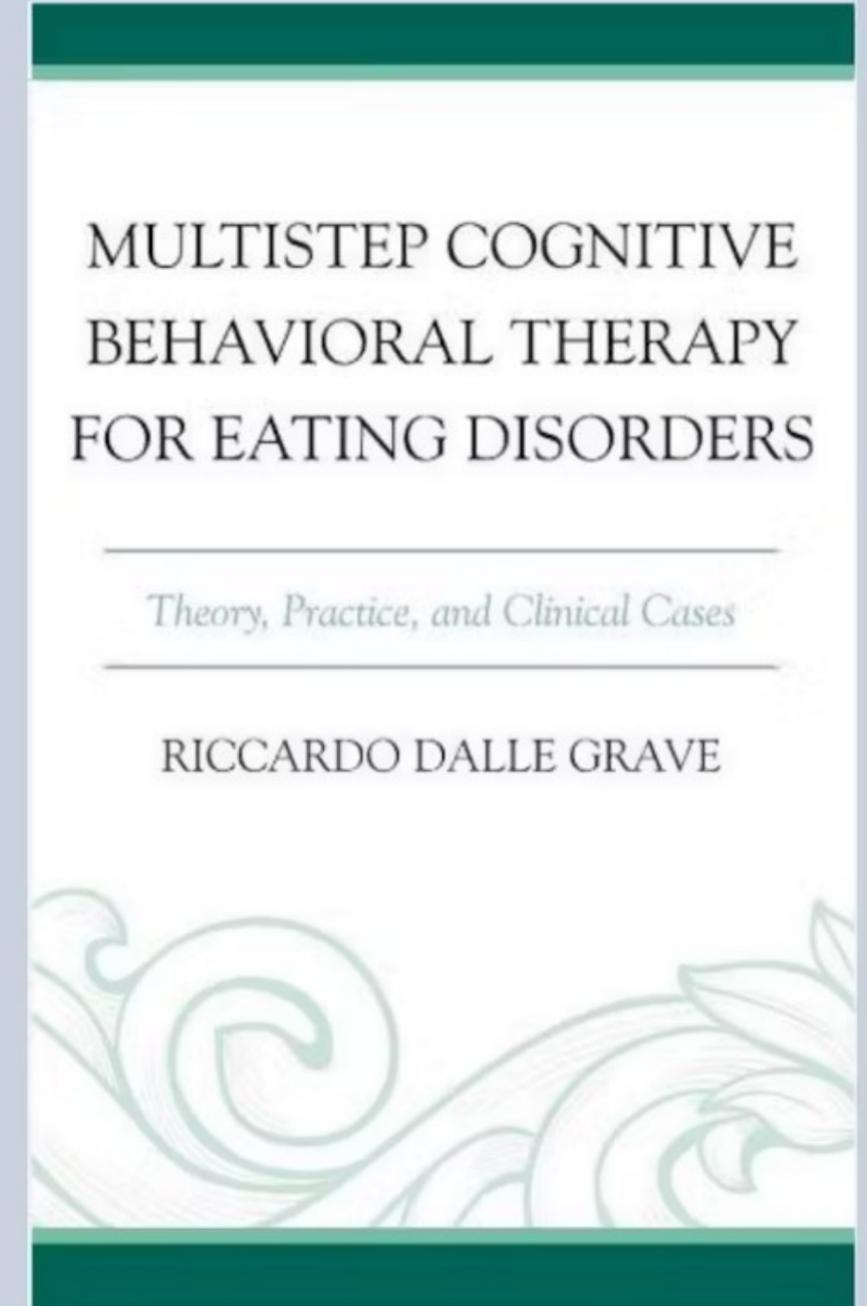
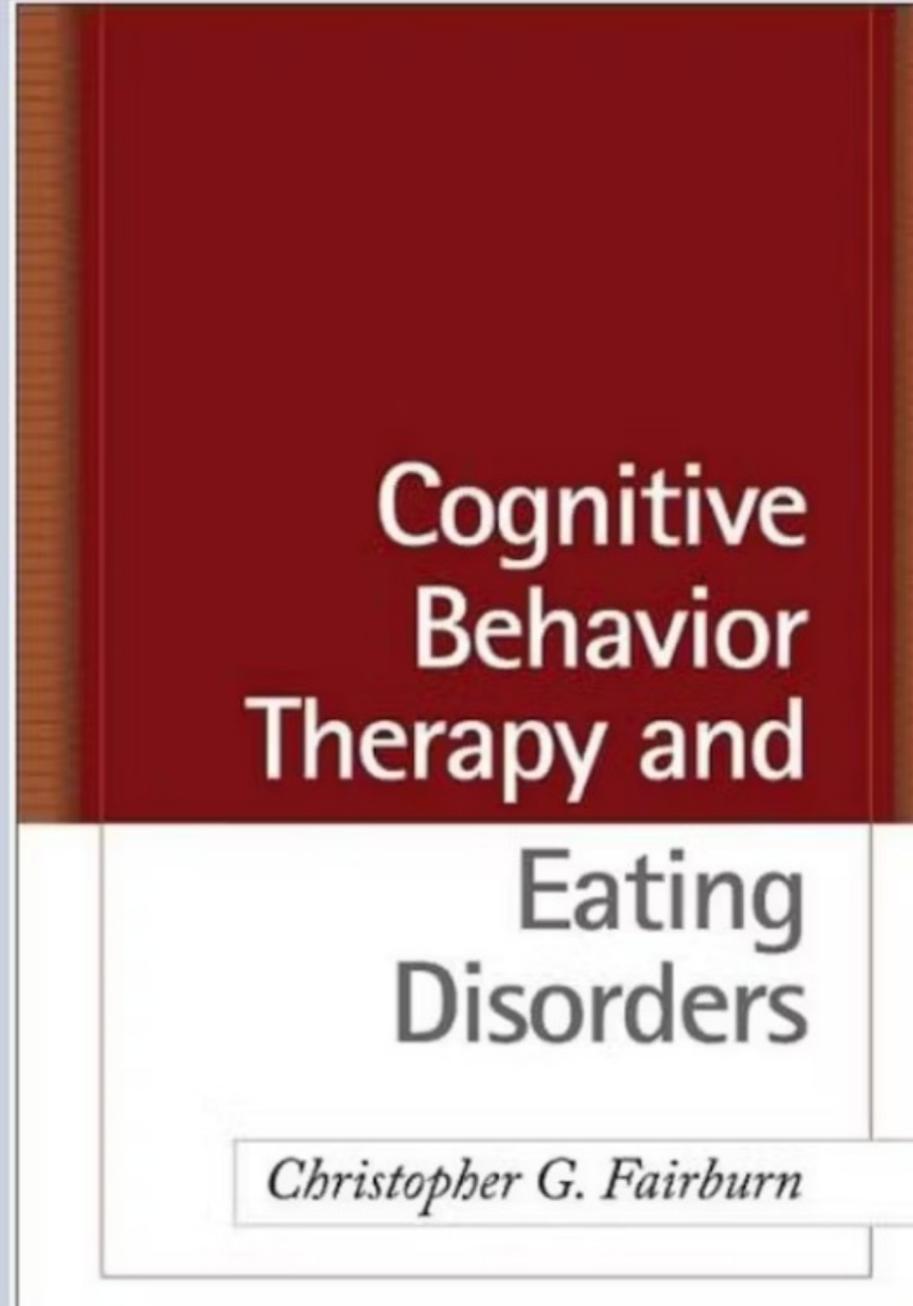
Qu'est-ce que l'EBP recommande en première intention?

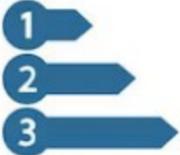


Manuel de traitement
FBT



Manuel de traitement
CBT-E





Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Feuille d'auto-observation alimentaire

ANAIS

Jour :

Date : le 2 juin 2023

Heure	Nourriture et boissons consommées	lieu	*	V/L/D	Contexte et commentaires
07:10	Yaourt maigre 0% sans sucre } Une tasse de thé noir	Cuisine			Je n'ai pas faim mais ma mère m'a dit de ne pas partir à l'école sans rien manger
10:15	Une tasse de café noir sans sucre	Cour de récréation à l'école			Mes copines ont craqué, elles ont toutes pris un croissant à la récré, je résiste
12:35	Une salade de carotte avec } Une biscotte	A la cantine de l'école			Il y avait trop de sauce dans la salade de carotte, je vais rentrer de l'école à la maison à pied pour brûler ces calories.
19h25	Une pomme avec un grand verre d'eau plate	Cuisine			J'ai vu que ma mère préparait un gratin dauphinois pour le souper et c'est hors de question que j'en mange une bouchée
19h45					Mon frère m'invite à passer à table et je l'envoie balader
22h15	Une salade verte avec juste du } vinaigre balsamique et du blanc d'œuf cuit d'un œuf dur	Cuisine	*		La cuisine est enfin libre et je peux manger ce qui me plaît à l'abri des commentaires de ma mère et de mon frère
23h50	un verre d'eau avec une clémentine	salon			Je n'arrive pas à dormir, la clémentine devrait me caler.

* mettre un astérisque dans cette colonne si épisode alimentaire perçu comme excessif

V = vomissements. L = laxatifs (+nb de cps) D = diurétiques (+ nb cps) Principaux repas entre parenthèse }



Deuxième rencontre

1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

01

Anaïs se plaint d'avoir dû remplir son carnet alimentaire car elle trouve l'exercice très intrusif et inapproprié, générant honte et malaise

02

Elle explique que son père, excédé, l'a frappée et lui a hurlé dessus avant de la forcer à manger en lui demandant d'arrêter ses caprices

03

Elle mentionne qu'elle a tenté de se pendre il y a trois semaines suite à la rupture amoureuse avec son premier petit ami hyperinvesti qui l'a quittée

04

Elle a encore des idées suicidaires scénarisées (pendaison) mais ne passe pas à l'acte car elle tient encore à son projet de devenir mère un jour et écrivaine

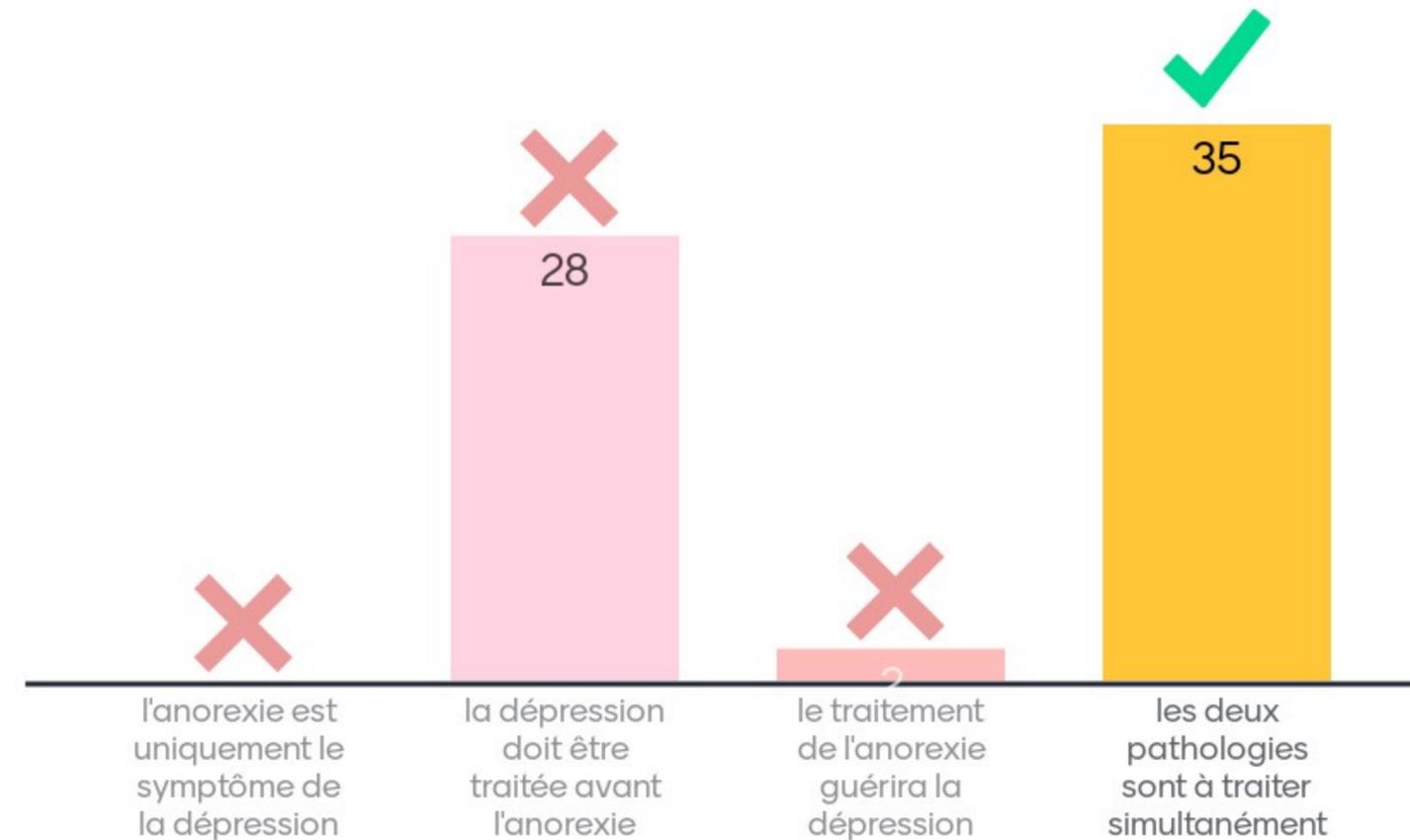
05

Elle se plaint de fatigue, de difficultés de concentration, de démotivation et elle s'isole socialement. Manque 30% des cours. Elle pleure tous les soirs en pensant à son ex-petit ami et elle présente des difficultés d'endormissement

06

CDI = 30 et questionnaire abrégé de Beck (BDI 13) = 32

Qu'est-ce que ces nouvelles informations vont changer à la prise en charge?



1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Antécédents historiques

Violence paternelle, verbale et physique, mère isolée
Nature anxieuse, conflits conjugaux



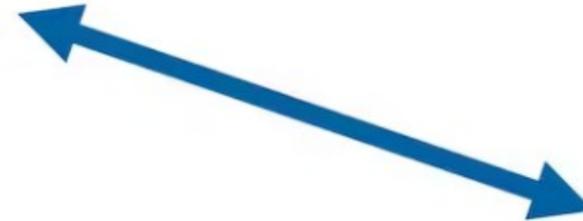
Antécédents immédiats

Conflits avec son père, faible estime de soi, éco-anxiété
Insatisfaction corporelle, rupture sentimentale



Comportement problème

**Dépression avec
idées suicidaires**



Conséquences sur l'environnement

- Isolement social de la famille
- Évitement du père
- Inquiétudes de la part de sa mère – co-sleeping
- Renforcement négatif (évitement des relations sociales)



Conséquences sur le sujet

- Tristesse qui perdure et difficultés de concentration
- Absentéisme scolaire
- Faible estime de soi
- Isolement social et arrêt des loisirs
- Somatiques : hyperphagie



Réajustement des objectifs



Dépression au premier plan + TCA persistant



Techniques de résolution de problème



Psycho-éducation concernant la dépression et le trouble du comportement alimentaire



Cohérence cardiaque

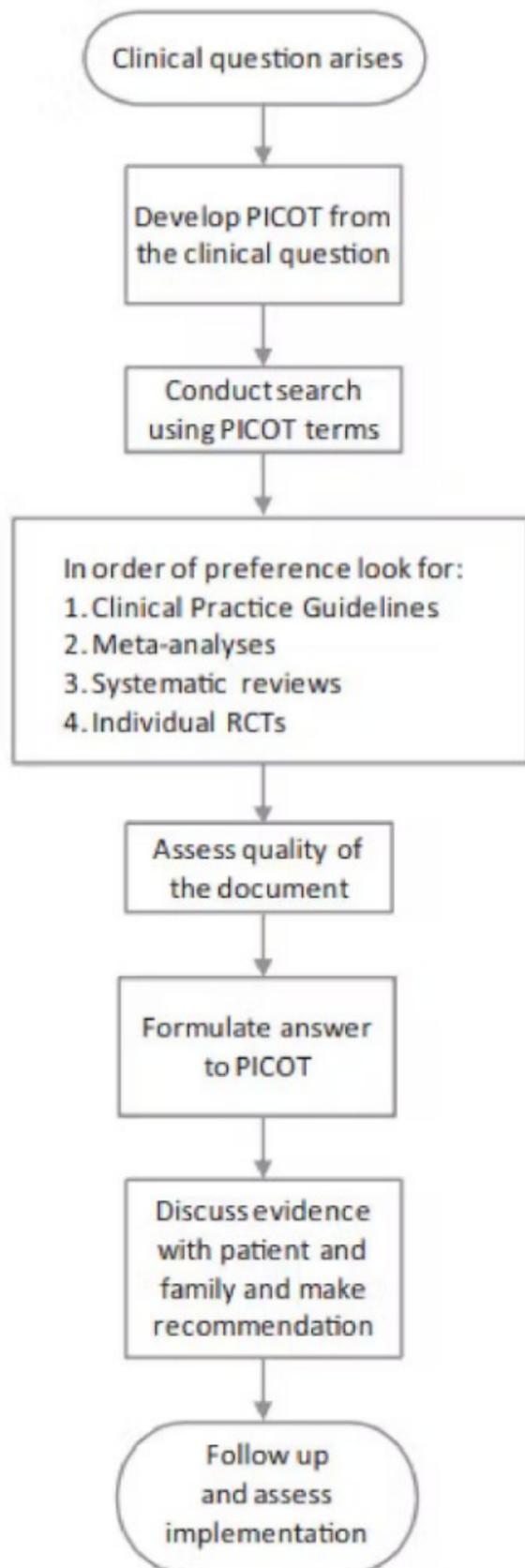


Exercices de restructuration cognitive (situations, émotions, cognitions avec les pensées automatiques et les pensées alternatives)



Rencontrer son père malgré son opposition





The treatment statement SOE ratings were determined by arraying the AHRQ/Mayo SOE ratings for each individual outcome across **six key outcomes** as available (ie, **child-rated anxiety symptoms; parent-rated anxiety symptoms; clinician-rated anxiety symptoms; response; remission; global function**).

- If the preponderance of AHRQ/Mayo SOE ratings across the six key outcomes for a given comparison was high, the SOE rating for the corresponding treatment statement was high (denoted by the letter A).
- If the preponderance of AHRQ/Mayo SOE ratings across the six key outcomes was moderate, the SOE rating for the treatment statement was moderate (denoted by the letter B).
- If the preponderance of AHRQ/Mayo SOE ratings across the six key outcomes was low, the SOE rating for the treatment statement was low (denoted by the letter C).
- If the preponderance of AHRQ/RTI-UNC SOE grades across all available outcomes for a given comparison was insufficient but at least 2 outcome grades were low or better, the overall SOE rating for the corresponding treatment statement was insufficient (denoted by the letter I).
- A recommendation statement (denoted by the numeral 1) indicates confidence that the benefits of the action clearly outweigh the harms.
- A suggestion statement (denoted by the numeral 2) indicates greater uncertainty, in that the benefits of the action are considered likely to outweigh the harms, but the balance is more difficult to judge.

1. AACAP recommends (1C) that cognitive-behavioral therapy (CBT) be offered to patients 6 to 18 years old with social anxiety, generalized anxiety, separation anxiety, specific phobia, or panic disorder.
2. AACAP recommends (1B) that selective serotonergic reuptake inhibitors (SSRIs) be offered to patients 6 to 18 years old with social anxiety, generalized anxiety, separation anxiety, or panic disorder.
3. AACAP suggests (2C) that combination treatment (CBT and an SSRI) could be offered preferentially over CBT alone or an SSRI alone to patients 6 to 18 years old with social anxiety, generalized anxiety, separation anxiety, or panic disorder.
1. AACAP suggests (2I) that cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy could be offered to adolescents and children with major depressive disorder or persistent depressive disorder.
2. AACAP suggests (2I) that selective serotonin reuptake inhibitor medication (except paroxetine), preferably fluoxetine, could be offered to adolescents and children with major depressive disorder.
3. AACAP suggests (2I) that combination treatment (cognitive-behavioral therapy plus fluoxetine) could be offered to adolescents and children with major depressive disorder.



1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Review

Dysfunctional cycle

Thoughts
Overly negative
Self-critical and judgemental
Selective and biased

Behaviour
Avoid
Give up
Inappropriate
Unhelpful



Feelings
Unpleasant
Anxious
Depressed
Angry
Out of control

Functional cycle

Thoughts
More positive and balanced
Acknowledge success & strengths
Accepting and non-judgemental

Behaviour
Confront
Try
Appropriate
Helpful



Feelings
Pleasant
Relaxed
Happy
Calm
In control

Figure 1 The dysfunctional and functional cognitive-behavioural therapy cycles.



Troisième rencontre



Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

01

Anaïs a écrit une lettre à son ex petit-ami et ne ressent plus de tristesse

02

Elle a abandonné la restriction alimentaire mais précise qu'il lui arrive de se faire vomir lorsqu'elle a trop mangé le soir avec sa mère

03

Elle se dit fatiguée par les conflits parentaux et plus particulièrement l'attitude de son père qui ne s'intéresse pas à elle, qui n'a jamais fait aucune activité avec elle, mais qui lui confisque son smartphone régulièrement et lui interdit de sortir voir ses amis

04

Cela fait plusieurs mois voire années qu'il est question que ses parents se séparent mais il ne s'est toujours rien passé car son père s'y oppose

05

Sa mère qui nous rejoint confirme les dires de sa fille et fait part de son souhait de se séparer de son mari depuis plusieurs années en raison de la violence verbale et des menaces qu'elle subit. Elle a prévu de lancer les démarches administratives dans leur pays d'origine au cours des vacances d'été qui s'approchent, inquiète du co-sleeping avec sa fille

Suite des rencontres

1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Anaïs se plaint de
l'ambiance à domicile
avec un père irascible,
une mère soumise aux
exigences tyranniques
de son mari

Après les vacances d'été
où son père a refusé
d'entreprendre les
démarches de
séparation pour
divorcer

Elle confronte sa mère à
son inaction et à sa
soumission, laissant
entendre qu'elle ne
pourra jamais aller
mieux tant qu'elle sera
en présence de son père

Sa mère se montre
ambivalente : *«ce n'est
pas si facile, s'il décidait de
se soigner, peut-être qu'il
pourrait encore y avoir un
peu d'amour...»*

Anaïs n'est aucunement
ambivalente, elle a
encore essuyé des
remarques dénigrantes
sur ses caprices avec la
nourriture et évite son
père +++

Elle refuse cependant
que j'invite son père en
entretien, elle finit par
accepter que je voie ses
parents sans elle, mais
pense que ce sera pire...

Rencontre avec les parents d'Anaïs

1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

1

Le père ne voit pas souvent sa fille, ce n'est selon lui pas parce que c'est tendu entre eux, mais parce qu'il passe beaucoup de temps au travail

2

Il estime que sa fille va très bien, qu'elle a tout ce qu'il lui faut et qu'il lui arrive de faire des caprices avec la nourriture

3

Elle n'a, selon lui, aucun besoin d'être suivie sur le plan psychologique, elle doit juste arrêter ses caprices et avec le temps leur relation va progressivement s'améliorer lorsqu'elle se décidera

4

Il estime qu'il n'a rien à faire pour sa fille et encore moins à se reprocher puisqu'avec son fils aîné tout va bien... S'il y a des problèmes avec sa fille, ils viennent exclusivement d'Anaïs

5

Il n'était pas au courant de la tentative de suicide de sa fille par pendaison, il pense maintenant en l'apprenant que c'était juste pour attirer l'attention

6

Selon lui, il encourage, valorise sa fille, la soutient et n'a pas de conseils à recevoir... et il quitte l'entretien prématurément...

- 1
- 2
- 3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Rencontre avec les parents d'Anaïs (suite)

7

A son retour à domicile, il convoque Anaïs à la cuisine... qu'a-t-elle osé dire à un inconnu ? Pourquoi l'a-t-elle trahi en parlant ?

8

Il est furieux qu'elle ait parlé à un inconnu alors qu'ils peuvent, selon lui, régler tous les problèmes en famille

9

Il lui interdit de revenir en consultation et lui confisque son smartphone

10

Il s'en prend ensuite à sa femme, il tente de la frapper et son fils s'interpose de justesse. Ensuite il la menace de mort si elle venait à parler des histoires de famille à l'extérieur

11

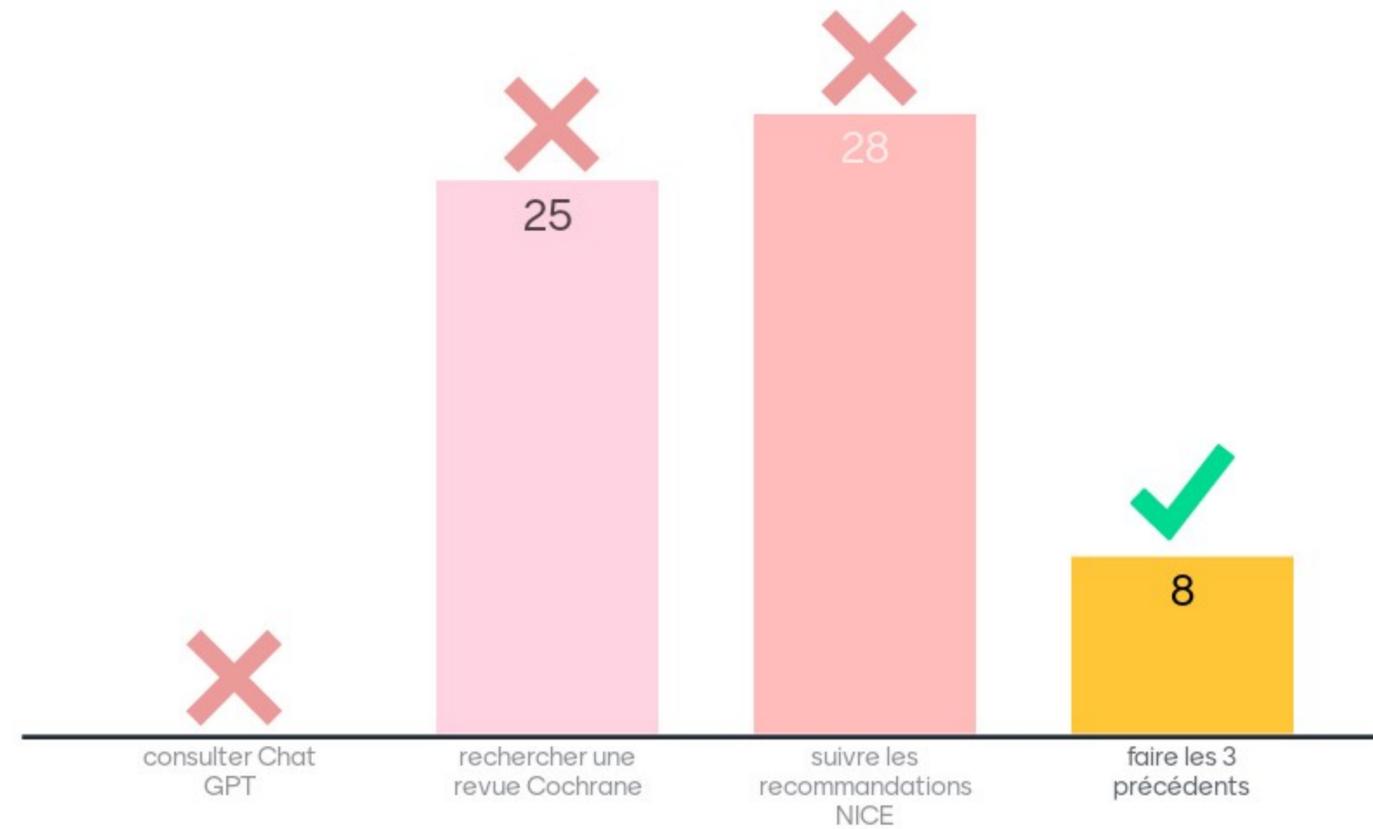
Anaïs a peur pour sa mère et redoute que son père ne passe à l'acte

12

Le lendemain, elle échoue au test qu'elle avait pourtant très bien révisé

Les idées suicidaires sont réapparues et sa mère lui a suggéré de prendre un traitement de venlafaxine qui avait été efficace chez elle dans un contexte de burn out il y a trois ans

Après la rencontre avec les parents, que faire?



1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



LA You

est-ce que l'evidence based medicine recommande l'utilisation de la venlafaxine dans la dépression de l'adolescent? 

 ChatGPT

L'utilisation de la venlafaxine ou tout autre médicament pour traiter la dépression chez les adolescents doit être basée sur une évaluation médicale approfondie et des recommandations spécifiques adaptées à chaque cas. L'evidence based medicine (médecine basée sur les preuves) prend en compte les résultats des études cliniques, des analyses de données et des recherches pour établir des lignes directrices de traitement.

En ce qui concerne la venlafaxine, il y a eu des études sur son utilisation chez les adolescents souffrant de dépression. Cependant, les recommandations précises varient en fonction des différentes organisations médicales et des données spécifiques disponibles. Il est essentiel de consulter un professionnel de la santé qualifié, comme un psychiatre ou un médecin spécialisé dans le traitement de la dépression chez les adolescents, pour évaluer les risques et les avantages de tout médicament, y compris la venlafaxine, avant de commencer un traitement.





Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

Est-ce que l'evidence based medicine recommande l'utilisation de la venlafaxine dans la dépression de l'adolescent?

ChatGPT

ChatGPT

L'evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves) prend en compte les résultats des études cliniques et des recherches pour recommander des traitements. En ce qui concerne la venlafaxine dans le traitement de la dépression chez les adolescents, les recommandations peuvent varier en fonction des données disponibles et des avis des experts.

À un moment donné, il y a eu des préoccupations concernant l'utilisation de la venlafaxine chez les adolescents en raison de possibles effets indésirables, notamment des pensées suicidaires. Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a émis des avertissements concernant l'utilisation de la venlafaxine et d'autres antidépresseurs chez les jeunes en raison de ces risques.

Les recommandations spécifiques peuvent également varier selon les pays et les directives des organismes de santé. Il est important de consulter un professionnel de la santé qualifié qui peut évaluer la situation individuelle d'un adolescent et prendre des décisions basées sur les preuves disponibles, en équilibrant les avantages potentiels du médicament avec ses risques.

Les thérapies alternatives, la thérapie cognitivo-comportementale et d'autres options non pharmacologiques peuvent également être envisagées dans le traitement de la dépression chez les adolescents, en fonction de la gravité des symptômes et des préférences individuelles.

Pour une information précise et actuelle sur l'utilisation de la venlafaxine dans le traitement de la dépression chez les adolescents, je vous recommande vivement de consulter un professionnel de la santé ou de vérifier les directives et recommandations des organismes de santé officiels dans votre région.



Revue Cochrane 2021 : 230 pages



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis (Review)

Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, Sharma V, Moller CI, Badcock PB, Cox GR, Merry SN, Meader N



New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis

Sarah E Hetrick^{1 2}, Joanne E McKenzie³, Alan P Bailey^{4 5}, Vartika Sharma^{1 2}, Carl I Moller^{4 5}, Paul B Badcock^{4 5 6}, Georgina R Cox⁷, Sally N Merry⁸, Nicholas Meader^{9 10}



2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs

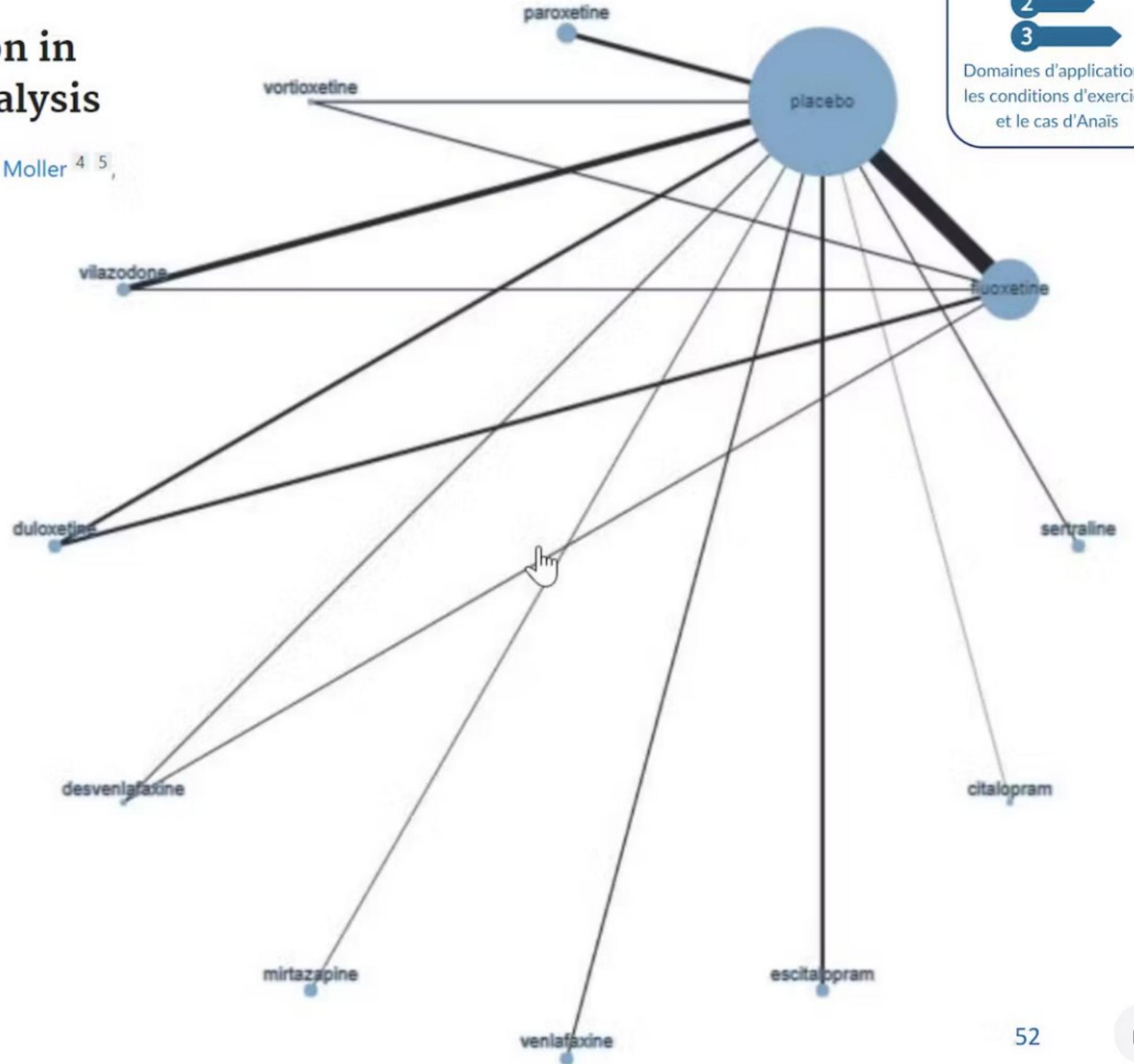


Table 4. League table comparing individual antidepressants with placebo and one another for clinician-rated depression symptoms (CDRS ordered by the P value: MD (95% CI) (Continued)

-1.61 (-6.38 to 3.15)	-0.94 (-4.45 to 2.57)	-0.80 (-4.82 to 3.21)	-0.72 (-4.94 to 3.50)	-0.89 (-6.00 to 4.23)	-1.00 (-7.25 to 5.25)	venlafaxine				
							paroxetine			
								vilazodone		
									desvenlafaxine	
										placebo

The effect in each cell represents the difference in mean CDRS-R scores between the column treatment and the row treatment
CI: confidence interval
MD: mean difference



Suite

- Anaïs vient en consultation durant les heures de classe pour que son père ne puisse pas se douter qu'elle continue à me voir
- Anaïs ne veut pas d'un traitement médicamenteux, elle souhaite remonter la pente par elle-même
- Sa mère hésite à porter plainte mais est en contact avec l'Unité de Gestion des Menaces et l'association d'aide aux victimes LAVI
- Elle cherche activement un logement et hésite entre un 3 pièces dans le même immeuble ou un appartement plus éloigné, elles comptent déménager lorsqu'il partira en vacances dans son pays d'origine
- Son père menace à nouveau la mère : « *si ma fille quitte cet appartement, nos enfants se retrouveront orphelins...* »





NICE Guidelines : 583 pages

↳
**National Institute for Health and Care
Excellence**

Final

Depression in children and young people, 2019 evidence review

**[A] Psychological interventions for the treatment
of depression**



NICE : Depression in children and young people, 2019 evidence review

Moderate to severe depression (5- to 11-year-olds)	Family-based IPT, family therapy (family-focused treatment for childhood depression and systems integrative family therapy), psychodynamic psychotherapy, or individual CBT With or without fluoxetine	Tier 2 or 3
Moderate to severe depression (12- to 18-year-olds)	Individual CBT With or without fluoxetine If shared decision making based on full assessment (including maturity and developmental level) indicates needs not met, IPT-A, family therapy (attachment-based or systemic), brief psychosocial intervention or psychodynamic psychotherapy With or without fluoxetine	Tier 2 or 3
Depression unresponsive to treatment/ recurrent depression/ psychotic depression	Intensive psychological therapy With or without fluoxetine, sertraline, citalopram, augmentation with an antipsychotic	Tier 3 or 4



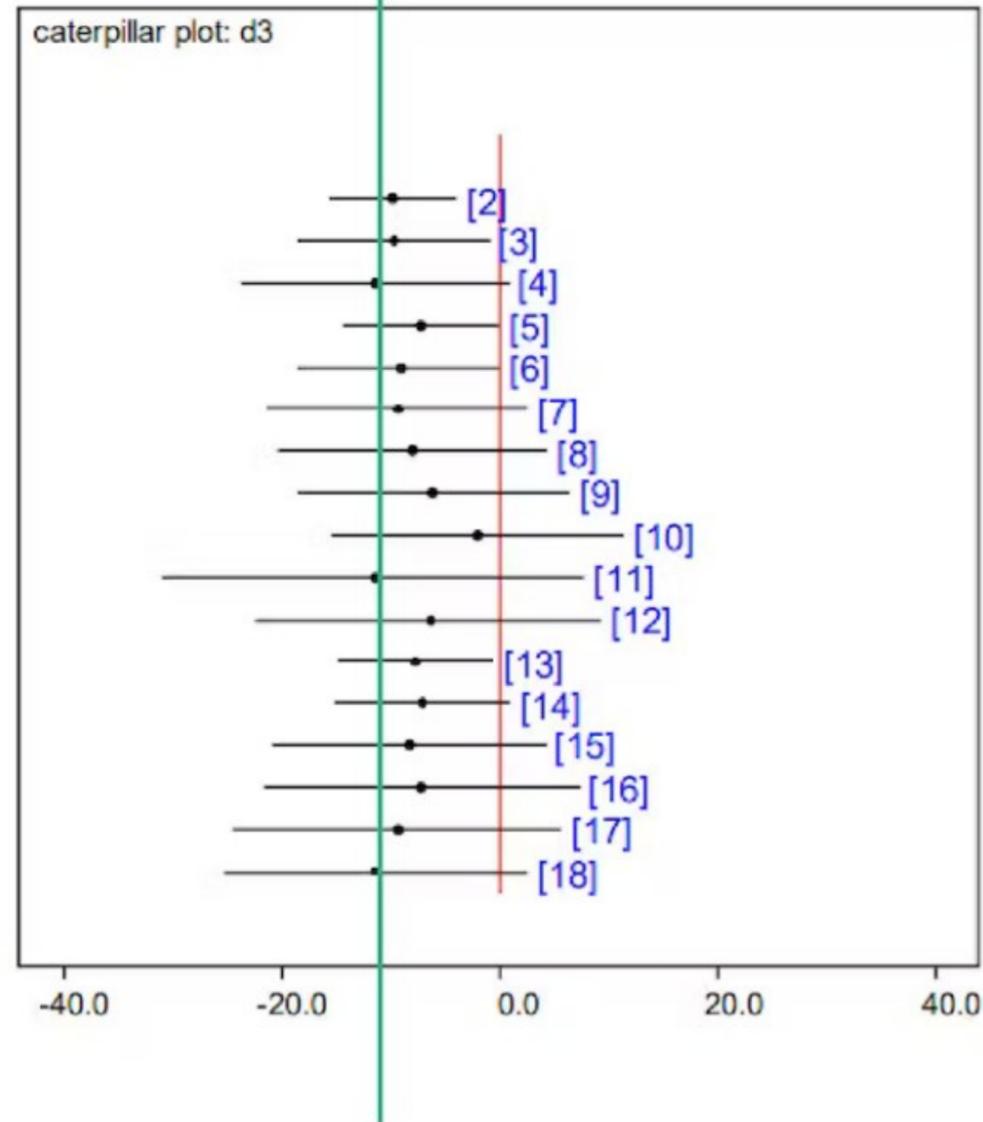
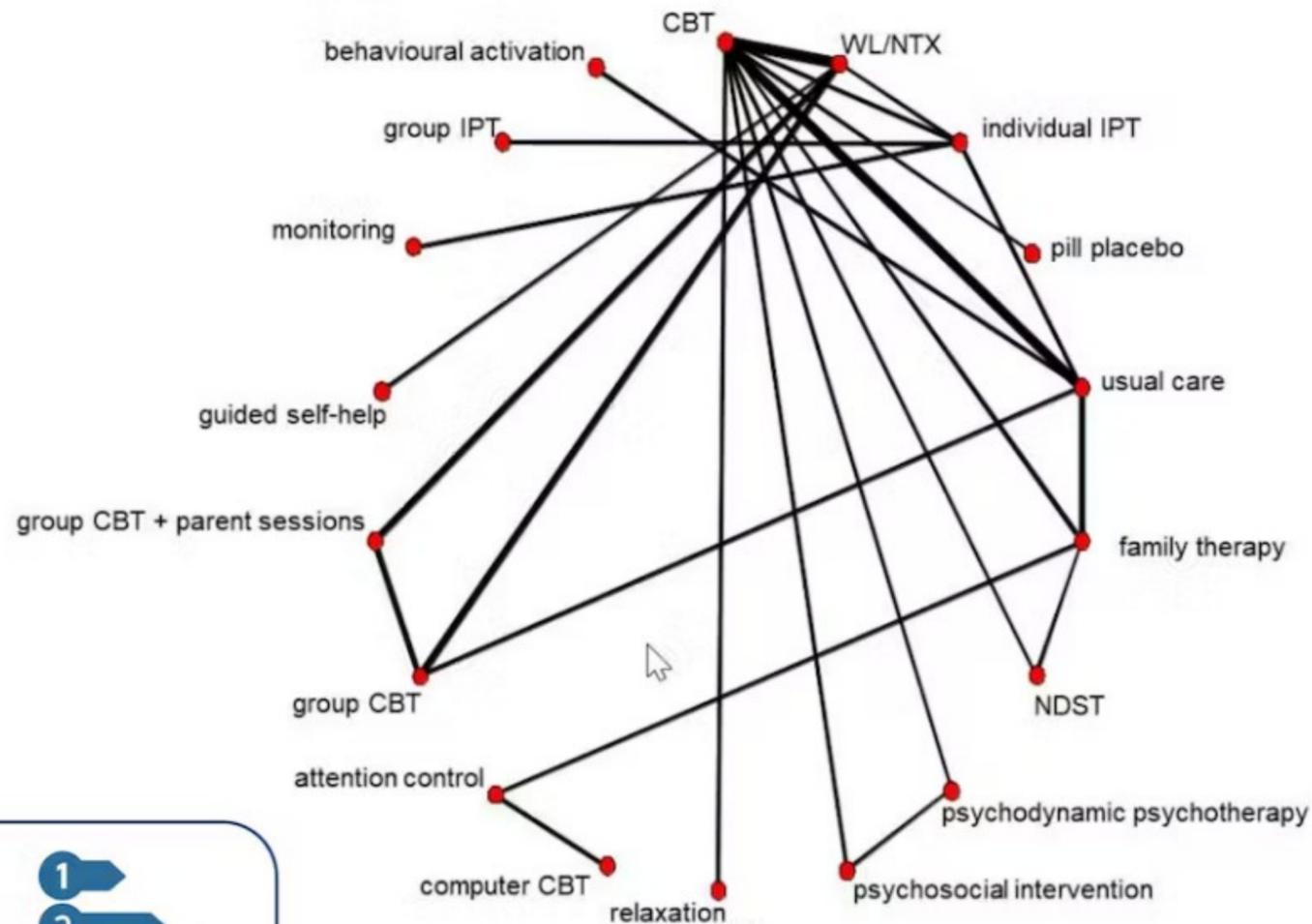
Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



Dépression modérée à sévère chez les 12-18 ans

Treatment codes:  Mentimeter

- 1 waiting list/no treatment
- 2 CBT
- 3 IPT-A
- 4 pill placebo
- 5 usual care
- 6 family therapy
- 7 NDST
- 8 psychodynamic psychotherapy
- 9 psychosocial intervention
- 10 relaxation
- 11 computer CBT
- 12 attention control
- 13 group CBT
- 14 group CBT+ parent sessions
- 15 online guided self- help
- 16 monitoring
- 17 group IPT
- 18 behavioural activation

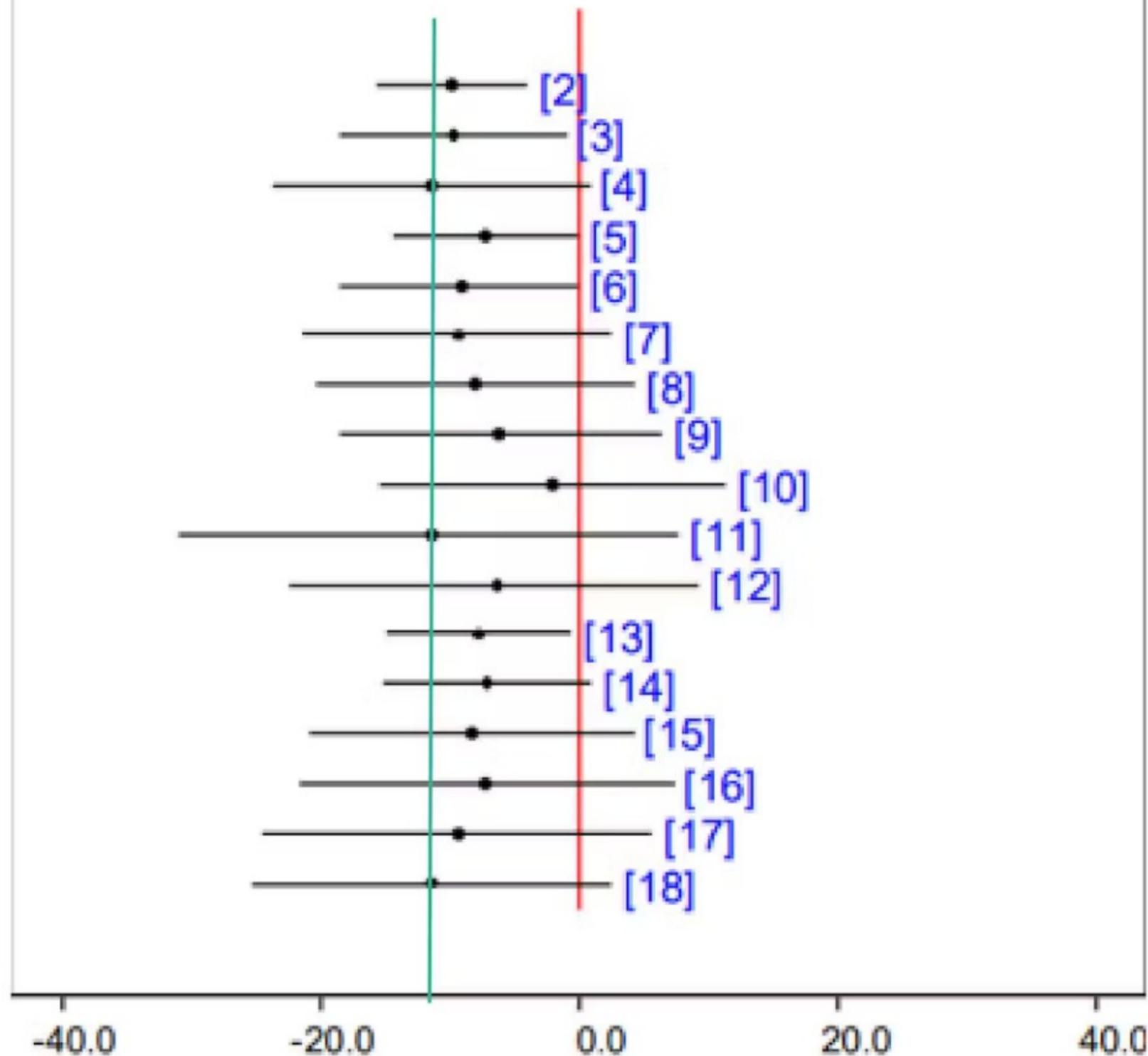


1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



caterpillar plot: d3



Treatment codes:

1 waiting list/no treatment

2 CBT

3 IPT-A

4 pill placebo

5 usual care

6 family therapy

7 NDST

8 psychodynamic psychotherapy

9 psychosocial intervention

10 relaxation

11 computer CBT

12 attention control

13 group CBT

14 group CBT+ parent sessions

15 online guided self- help

16 monitoring

17 group IPT

18 behavioural activation

Mentimeter

2

3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



Suite

Ses notes scolaires sont en baisse et à mi- semestre elle n'est pas promue en 2^{ème} année

Sa mère finit par porter plainte à la énième menace de mort de son mari

La police intervient et une interdiction de domicile de 10 jours lui est prononcée, le temps que sa femme et sa fille puissent trouver un appartement



EAT 26 = 55 (inchangée)
CDI = 22 (- 8 points) et
BDI 13 = 18 (-14 points)



Le soulagement n'est que partiel (il a respecté l'interdiction et devrait partir quelques jours dans son pays d'origine) mais Anaïs craint qu'il ne mette ses menaces à exécution, qu'il les retrouve à leur nouvel appartement à son retour...

Questionnaire EAT 26

1. Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse

2. J'évite de manger quand j'ai faim

3. Je suis trop soudeuse de la nourriture

4. J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger

5. Je découpe mes aliments en petits morceaux

6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments quand je mange

7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz)

8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage

9. Je vomis après avoir mangé

10. Je me sens très coupable après avoir mangé

11. Le désir d'être plus mince me préoccupe

12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories

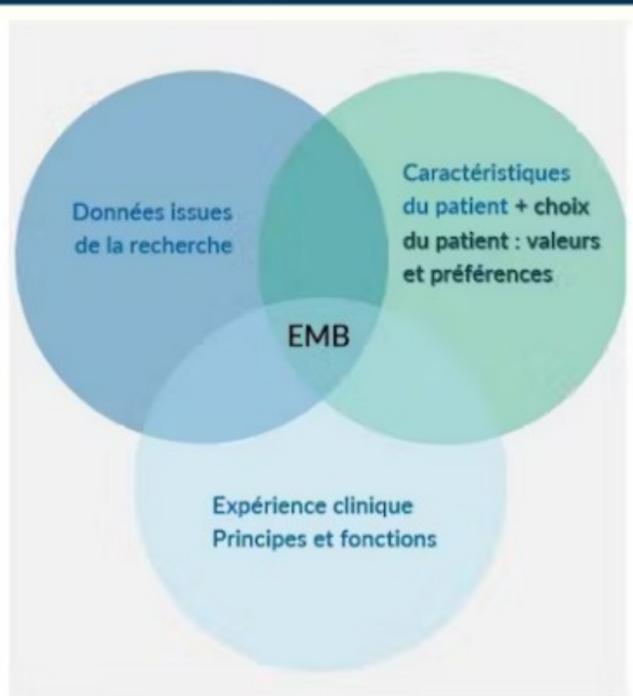
13. Les autres pensent que je suis trop mince

14. Je suis préoccupée d'avoir trop de graisse sur le corps

Conclusion cas clinique

1
2
3

Domaines d'application :
les conditions d'exercice
et le cas d'Anaïs



Les limites de l'application de l'Evidence-Based Practice sont patentées, mais l'application offre néanmoins des repères utiles



L'adaptation du traitement aux caractéristiques d'Anaïs (personnelles, sociales, culturelles, familiales) est plus importante que de centrer sur ses diagnostics spécifiques et l'évidence qui les entoure



Ses choix, ses préférences, sa configuration familiale sont déterminants



Le travail sera interprofessionnel (pédiatre, intervenants en protection de l'enfance, enseignants) ou ne sera pas

Les enjeux de l'application en clinique

- Quand bien-même l'évidence s'est imposée, son application reste aléatoire
- La première observation de l'efficacité des agrumes (vit C) dans le scorbut date de 1601 dans la marine anglaise
- Le premier essai randomisé évaluant l'efficacité des agrumes a été mené en 1747
- La Marine anglaise n'a adopté l'utilisation des agrumes pour la prévention du scorbut qu'en 1795 et la marine marchande en 1865
- Si l'étude de l'efficacité d'un traitement ou d'une intervention est nécessaire, cela n'est pas suffisant. Les études d'efficience et d'implémentation (science de la mise en œuvre ; practice based research) sont devenues indispensables

Les enjeux de l'application en clinique

- Les facteurs déterminant l'application d'un innovation thérapeutique en clinique diffèrent de ceux qui font que cette innovation est efficace
- Les enjeux de l'application ou «implémentation» sont doubles
 - Identifier les obstacles et les facilitateurs (individuels, fournisseurs de soins, organisation, tiers payeurs...)
 - Développer une stratégie qui permet de lever les obstacles et miser sur les facilitateurs
- Les différents type d'études peuvent se décliner en :
 - Efficacy (efficacité) : **validité interne**, liens de causalité, généralement centres universitaires, population homogène triée
 - Effectiveness (efficacité) : **validité externe**, généralisation possible, divers centres, population clinique non triée
 - Implementation (diffusion) : population clinique, unité d'observation plus large, implique les services, organisation, tiers payeurs, politiques...



Types of implementation research

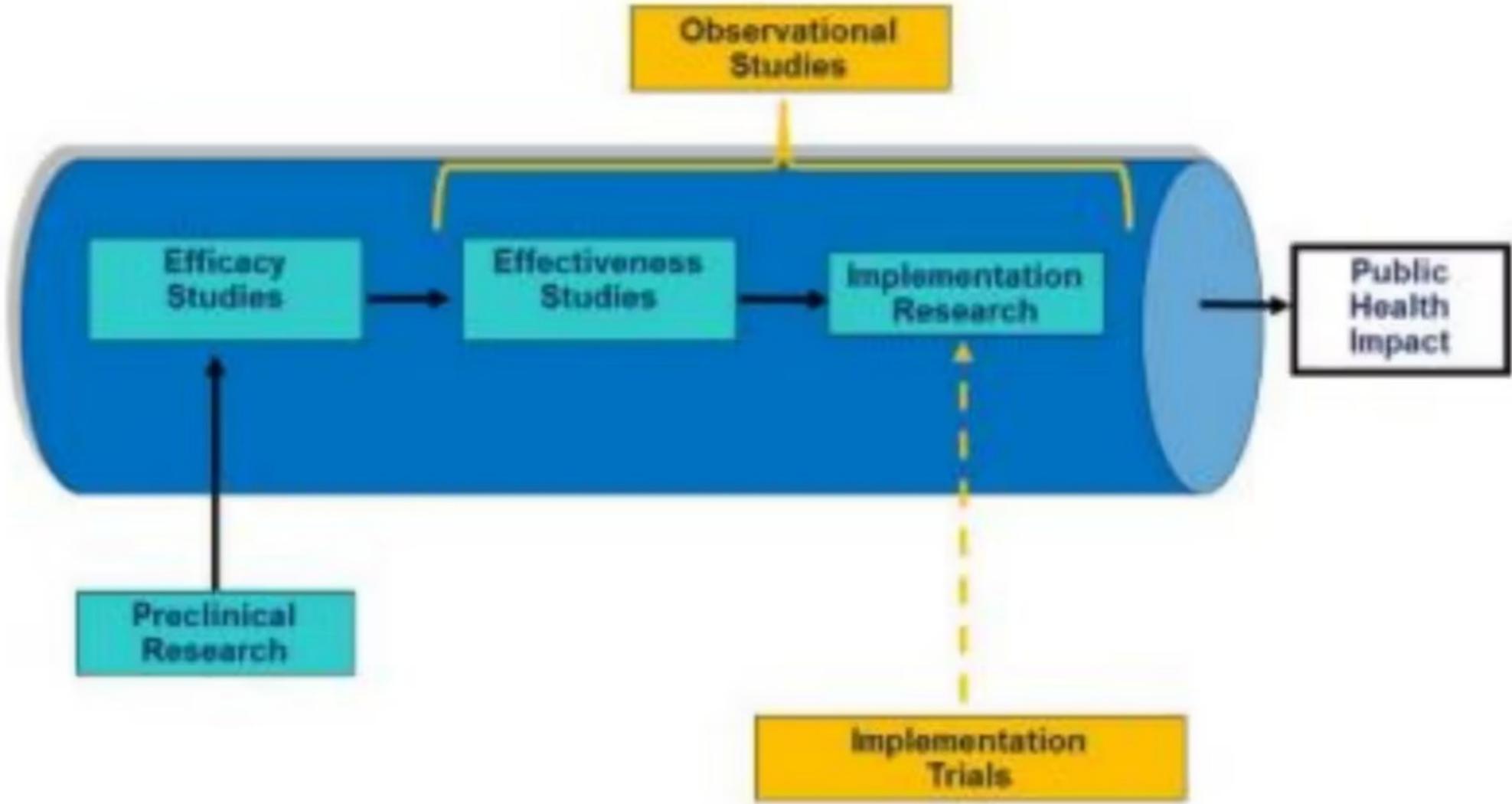


Fig. 2. Types of implementation research.



Les barrières et les facilitateurs de l'EBP en psychiatrie

Williams & al. 2021, Acad Psychiatry

- Étude transversale auprès des internes du nord ouest de l'Angleterre
- Utilisation de l'EBP inventory (questionnaire à 26 items)
- Dans l'ensemble les réponses témoignent d'une attitude favorable à l'EBP
- Les barrières :
 - Discussions rares au sujet de la littérature scientifique
 - Sentiment d'être incapable de se tenir à jour
 - Aversion pour les statistiques
 - Une préférence pour l'intuition et l'expérience
 - Impression que l'EBP ne tient pas compte des différences entre les patients et réduit l'autonomie du thérapeute
 - Spécificités de la psychiatrie : formulation de cas > modèle de maladie fondé sur le diagnostic; incertitude diagnostique et influence du modèle psychodynamique



Les barrières et les facilitateurs de l'EBP en psychiatrie

- RCT – dominated post-positivist paradigm
- La profusion de recommandations NICE =>l'EBP est perçue comme l'application mécanique de guidelines plutôt que l'apprentissage des compétences en matière d'évaluation critique
- Le meilleur prédicteur d'un comportement est l'intention d'adopter ce comportement (combinaison d'attitudes, de normes sociales, contrôle comportemental perçu)
- 80% estiment que l'EBP est importante, utile, améliore le résultat thérapeutique et sont encouragés à l'appliquer, mais la majorité ne lit que rarement la littérature scientifique, n'en discute pas avec les collègues et préfèrent demander conseil aux collègues
- Les recommandations sont **théoriquement utiles** mais ne sont que **rarement utilisées**

Williams & al. 2021, Acad Psychiatry



Text Box 2. Evidence-based practice inventory—the questionnaire

Attitude

1. I feel that EBP is *useless*①②③④⑤⑥*useful* to improve my patients' outcomes.
2. I feel that EBP is an *unimportant*①②③④⑤⑥*important* feature of high-quality patient care.
3. I feel that EBP *worsens*①②③④⑤⑥*improves* the quality of my clinical decisions.
4. I feel that EBP *disregards*①②③④⑤⑥*respects* my clinical experience.
5. I feel that EBP *disregards*①②③④⑤⑥*respects* individual differences between my patients.
6. EBP makes me feel *constrained*①②③④⑤⑥*autonomous* in my clinical decisions.
7. EBP *hinders*①②③④⑤⑥*helps* me in making better clinical decisions.
8. I feel that clinical guidelines in my own discipline *hinder*①②③④⑤⑥*help* me in making decisions.

Subjective norm

9. My colleagues *discourage*①②③④⑤⑥*encourage* me to apply EBP principles in my clinical decisions.
10. In my department, we pay *no*①②③④⑤⑥*a lot of* attention to applying EBP principles in our clinical decisions.
11. Managers in my department *hinder*①②③④⑤⑥*support* me to apply EBP principles in my clinical decisions.
12. My colleagues and I *rarely*①②③④⑤⑥*frequently* discuss and challenge how we make our clinical decisions.
13. My colleagues and I *rarely*①②③④⑤⑥*frequently* discuss research evidence from literature.

*Clinicians whom I respect most are *opponents*①②③④⑤⑥*advocates* of EBP.

Perceived behavioral control

14. I feel that I am *incapable*①②③④⑤⑥*capable* of applying EBP principles in my clinical decisions.
15. I feel that I am *incapable*①②③④⑤⑥*capable* of translating my information needs into relevant and feasible clinical questions.
16. I feel that I am *incapable*①②③④⑤⑥*capable* of searching for research evidence in literature.
17. I feel that I am *incapable*①②③④⑤⑥*capable* of critically appraising research evidence from literature.
18. I feel that I am *incapable*①②③④⑤⑥*capable* of translating research evidence to the care of my individual patients.
19. I feel *incapable*①②③④⑤⑥*capable* of regularly keeping up with latest research evidence from literature.

Decision making

20. I give *low*①②③④⑤⑥*high* priority to a thorough understanding of the background of the answers to my clinical questions.
21. I *dislike*①②③④⑤⑥*like* using numbers, tables, and other quantitative information for supporting my clinical decisions.
22. When making clinical decisions, I prefer to use *my intuition and experience*①②③④⑤⑥*facts and arguments*.

Intention and behavior

23. I *rarely*①②③④⑤⑥*frequently* use research evidence to support my clinical decisions.
*When research evidence does not support my trusted clinical routines, I feel *uncomfortable*①②③④⑤⑥*comfortable* to change them.
 24. I prefer to use *my own experience*①②③④⑤⑥*research evidence* for making my clinical decisions.
 25. I tend to *ask colleagues*①②③④⑤⑥*search the literature* to find answers to my clinical questions.
 26. I *rarely*①②③④⑤⑥*frequently* seek out available research evidence to answer my daily clinical question.
-

Evidence-Based Practice Inventory

Kaper & al. 2015, Journal of clinical epidemiology.

Amélioration de la qualité des soins avec l'EBP : expériences de formation et de supervision

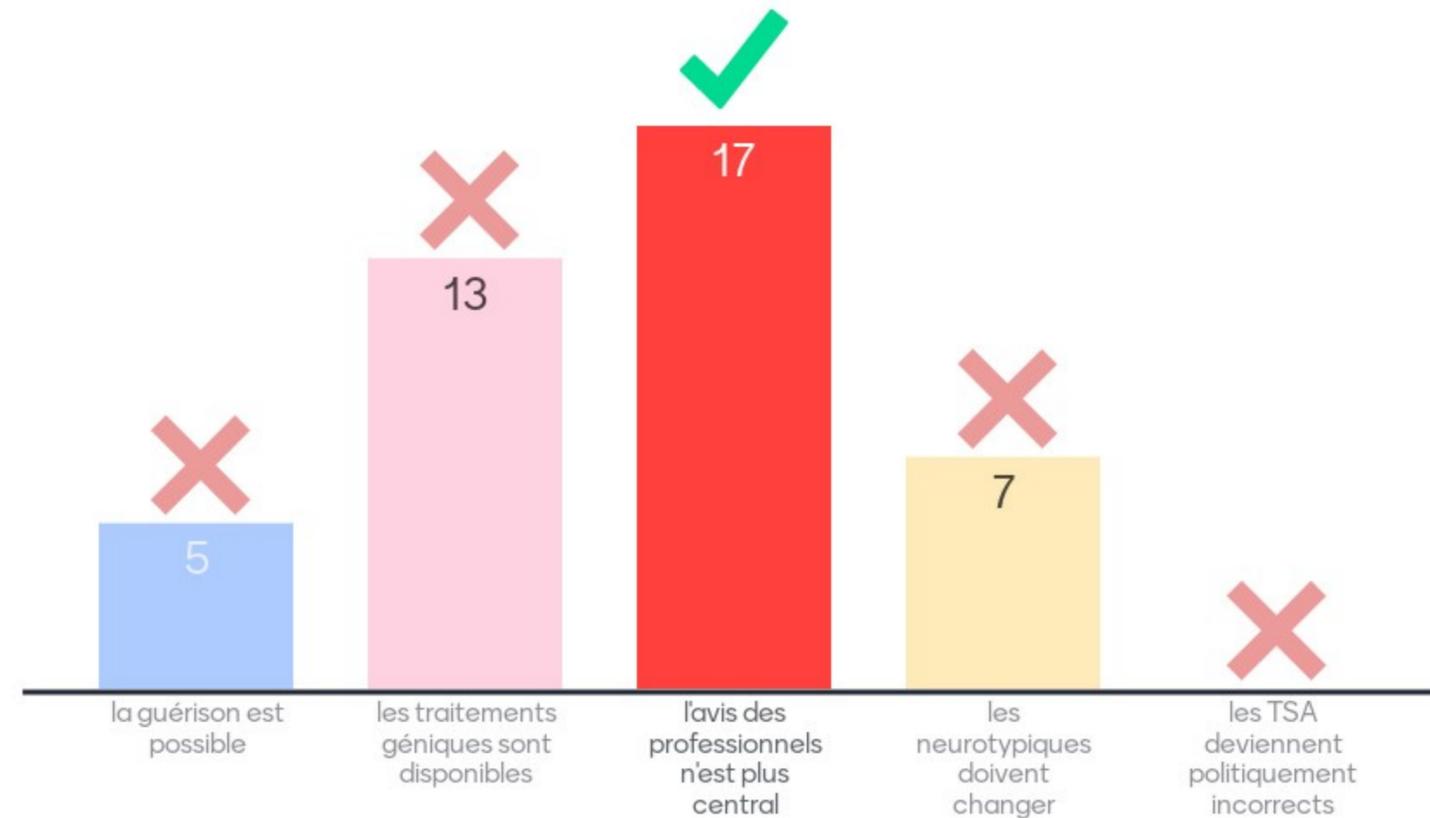
- La formation et la supervision autour des traitements validés empiriquement en santé mentale est une composante important de l'EBP
- Il existe plusieurs traitements validés empiriquement pour les enfants et les adolescents mais leur utilisation dans la pratique quotidienne de la clinique constitue un défi
- Pour un panel de psychothérapeutes au sein d'une institution psychiatrique académique (John Hopkins Hospital à Baltimore) la supervision EBP fait défaut dans 51% des cas pour les TCC, 76% pour la thérapie comportementale dialectique et dans 52% pour les autres thérapies empiriquement validées
- Des efforts en matière de formation et de supervision sont indispensables



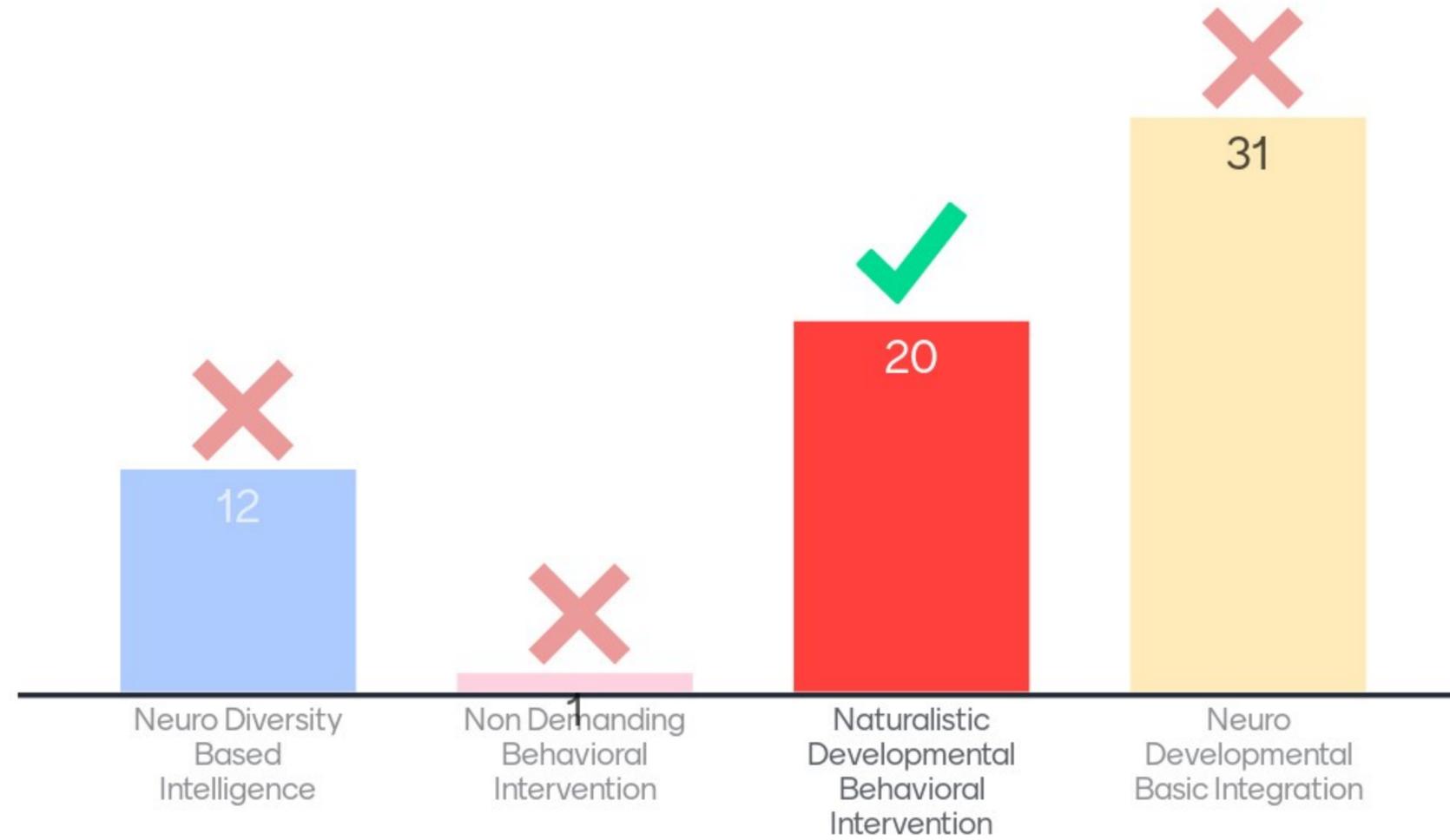
Perspectives futures

- Les changements technologiques et sociaux rebattent les cartes dans tous les domaines
- Un changement de paradigme s'opère
 - Dans la philosophie des soins (exemple de l'autisme)
 - Dans les méthodes de soins (exemple de l'e-thérapie)

Quel changement majeur se profile, notamment dans les TSA?



Que signifie NDBI?



Traitement de l'autisme

- Le mouvement en faveur de la neurodiversité a préconisé de **s'éloigner du modèle médical** pour l'intervention dans les troubles du spectre autistique
- Les **critères de l'efficacité** des interventions devrait être redéfinis et mener à des résultats approuvés par la communauté des autistes
- **Naturalistic Developmental Behavioral Intervention :**
 - Intervention précoce selon le modèle de Denver (early start denver model)
 - Pivotal response treatment (PRT)
 - Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation (JASPER)
 - Project Improving Parents as Communicative Teachers (ImPACT)

Schuck et al. 2022 J. Autism Dev. Disord.

Changement de paradigme

- Approche «**Strength-based**» : la motivation de l'enfant est au centre du programme de soins
- Les objectifs de l'intervention sont définis en fonction des profils individuels et de la contribution des parents et non dictés par le clinicien
- Accent mis sur le **développement de compétences en milieu naturel** :
- les NDBIs se déroulent dans l'environnement naturel de jeu et d'apprentissage de l'enfant
- Les renforçateurs sont aussi «naturels» (le résultat naturel de quelque chose que fait l'enfant, reflétant la même relation de cause à effet qui existe dans un contexte non interventionnel)
- **Pas d'objectif explicite de normalisation du comportement** ou de rendre l'enfant plus «neurotypique» (l'enfant est motivé à construire une communication et un fonctionnement social adapté à travers un échange conversationnel agréable constituant un renforçateur naturel)

Changement de paradigme

- L'approche NDBI autorise l'enfant autiste à interagir avec le monde environnant d'une manière qui prend en compte leurs préférences et leurs fonctions cognitives, ce qui au final améliorera leur **qualité de vie** en augmentant leur **auto-détermination** et leur **autonomie**
- Encourage les parents et les professionnels à apprendre un peu de leur langage et à entrer un peu dans leur monde
- Les conditions du succès d'une telle approche est la **participation active des personnes autistes** à sa mise en place
- Les comportements des autistes, leurs intérêts, leur manière de penser et leurs points forts représentent une forme «valide» d'être : «**autistic way of being**»
- Il ne s'agit plus de rendre les enfants autistes «normaux» ou neurotypiques en éliminant leur symptomatologie autistique

Schuck et al. 2022 J. Autism Dev. Disord.

Perspectives futures

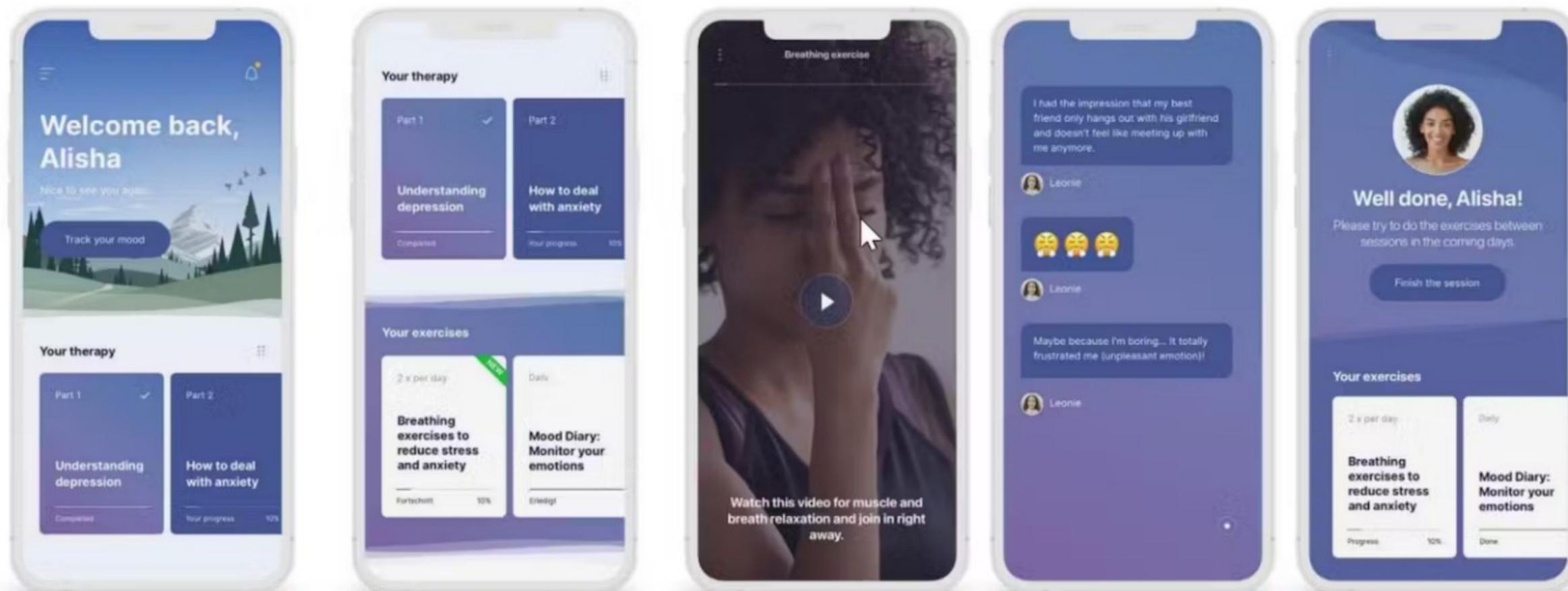
- Les développements de la e-health et des thérapies on-line sont en plein essor
- Quels sont les professionnels susceptibles d'améliorer la santé mentale avec un rapport coût/efficacité raisonnable ?
- Si la « computerised CBT » est plus efficace que la CBT en face à face, si l'IA et les chatbot font aussi bien que nous, ne devrions-nous pas mettre la clé sous la porte ?
- Quelques précisions sont cependant nécessaires pour une comparaison...



TCC en ligne – effet et limite d'un traitement - Pr Nadine Messerli-Bürgy UNIL

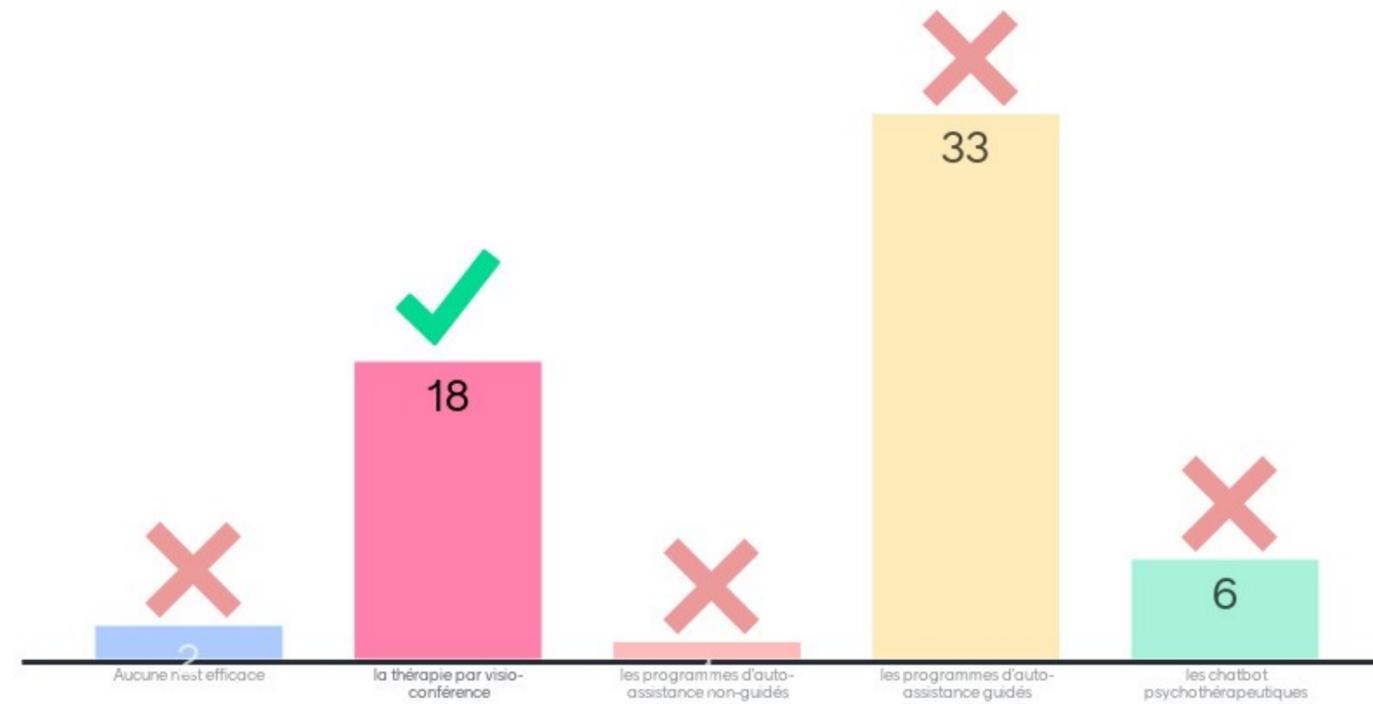
SWISSDTX™ PATIENT APP

PATIENT DASHBOARD



Patient Dashboard providing access to interventions, related exercises, manuals, documents, help and many more features.

Quelle thérapie en ligne est la plus efficace?



THÉRAPIE EN LIGNE



Programmes d'auto-assistance non guidés

programmes d'auto-assistance guidés (beaucoup ou peu de soutien)

Blended Therapy

Thérapie par e-mail, chat, vidéo

Accès limité
coûteux
fourni personnellement,
adapté à l'individu

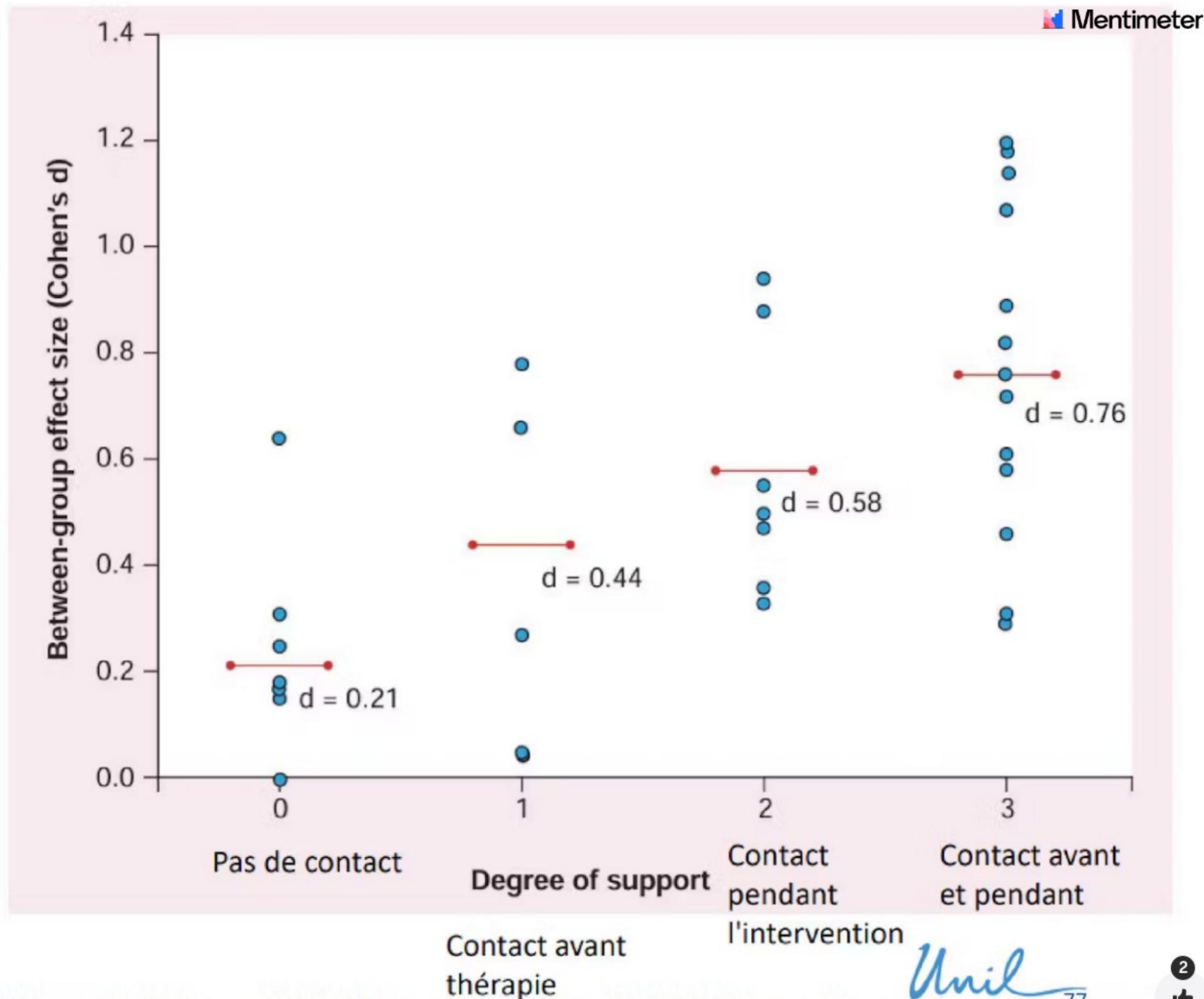
Facilement disponible
Automatisé
peu coûteux
impersonnel



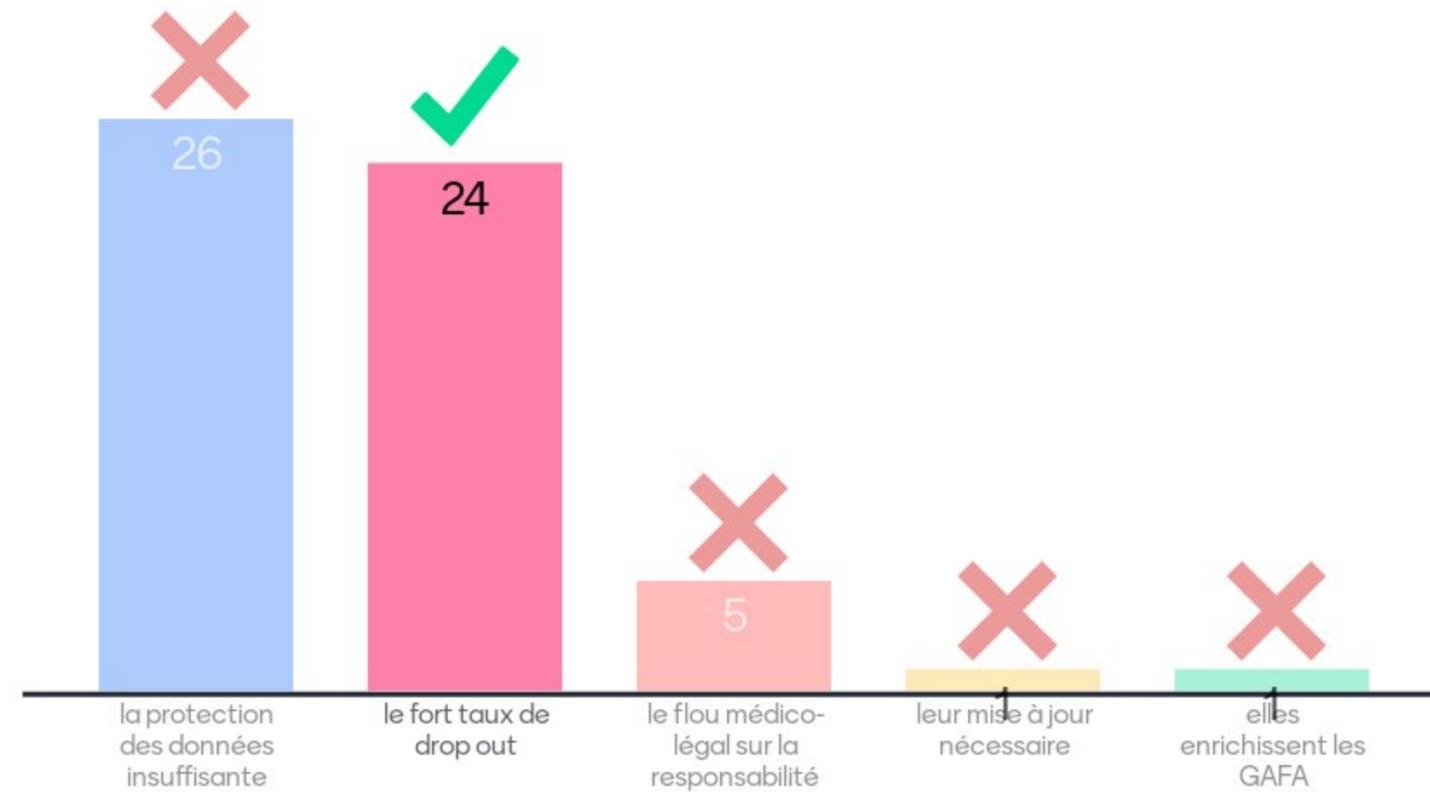
Efficacité des programmes en ligne en fonction du contact avec le thérapeute

taille d'effet varie en fonction du degré de soutien

Un soutien accru produit des effets plus importants



quel est l'inconvénient majeur des thérapies en ligne?



NeuroImage 264 (2022) 119677



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

NeuroImage

journal homepage: www.elsevier.com/locate/neuroimage



Technologically-assisted communication attenuates inter-brain synchrony

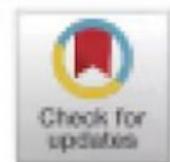
Linoy Schwartz^a, Jonathan Levy^{a,b}, Yaara Endevelt-Shapira^a, Amir Djalovski^a, Olga Hayut^a,
Guillaume Dumas^c, Ruth Feldman^{a,d,*}

^a Center for Developmental Social Neuroscience, Reichman University, Herzliya, Israel

^b Department of Neuroscience and Biomedical Engineering, Aalto University, Finland

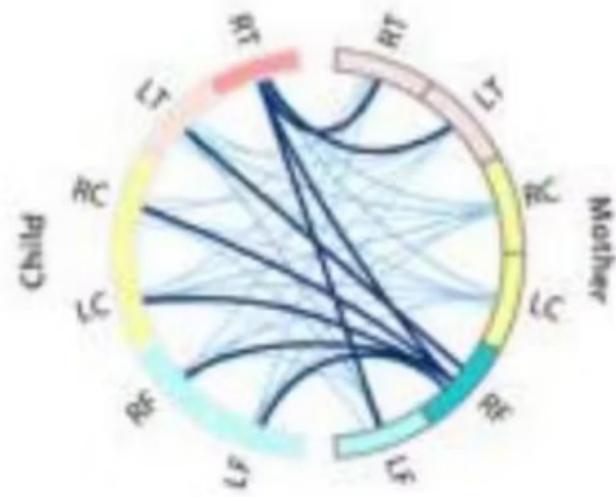
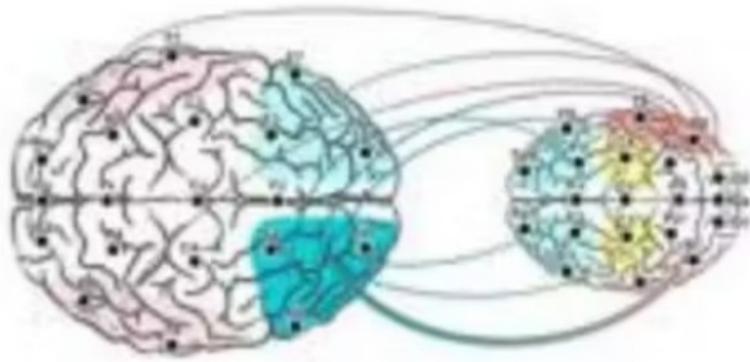
^c Precision Psychiatry and Social Physiology laboratory, CHU Sainte-Justine Research Center, Department of Psychiatry, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

^d Child Study Center, Yale University, United States

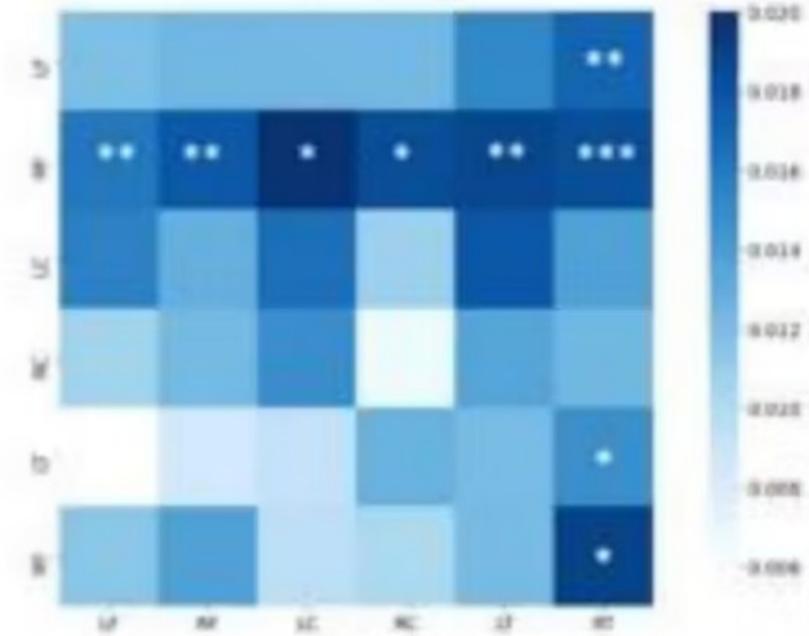


A

Face to Face Interaction

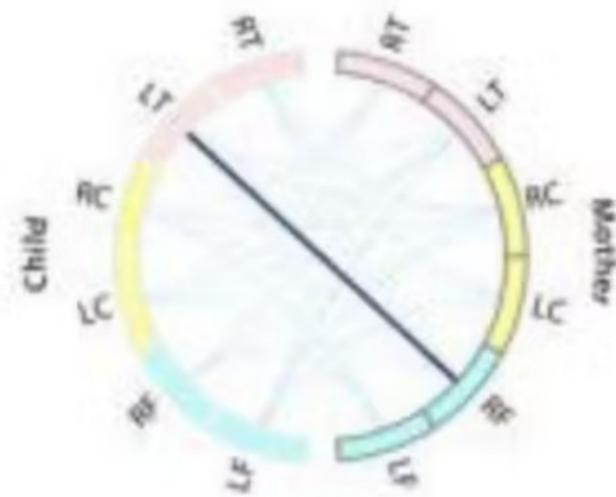
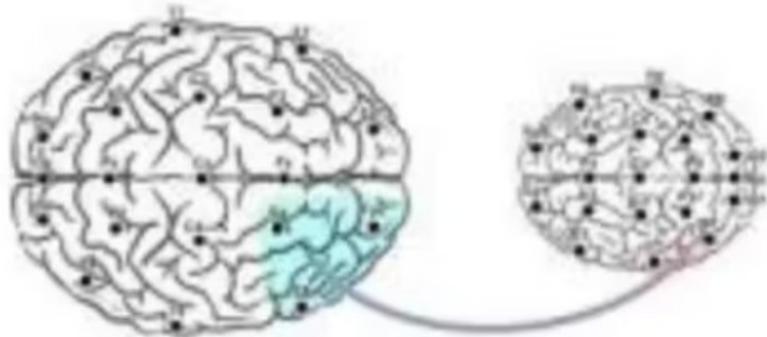


Difference in wPLI Connectivity values
Face to Face - Rest

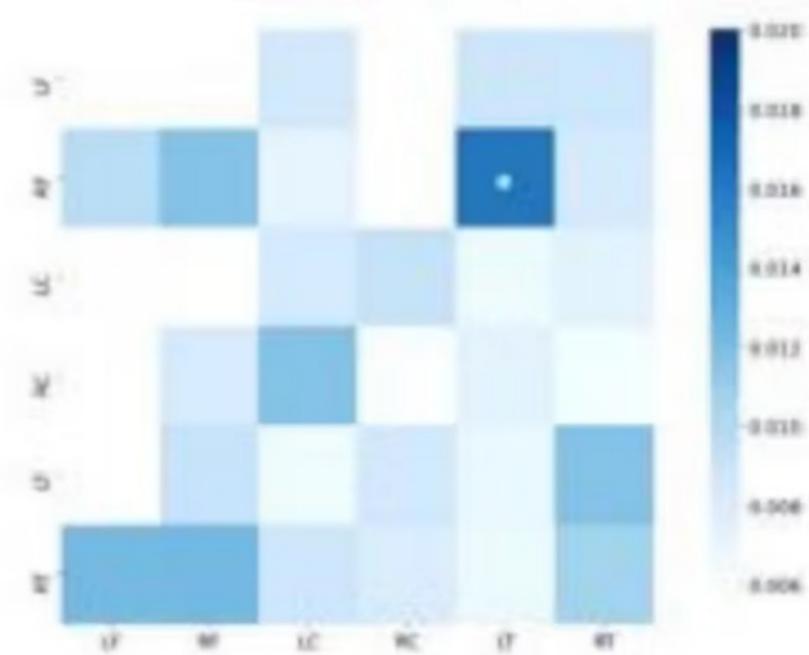


B

Video Chat Interaction



Difference in wPLI Connectivity values
Video Chat - Rest

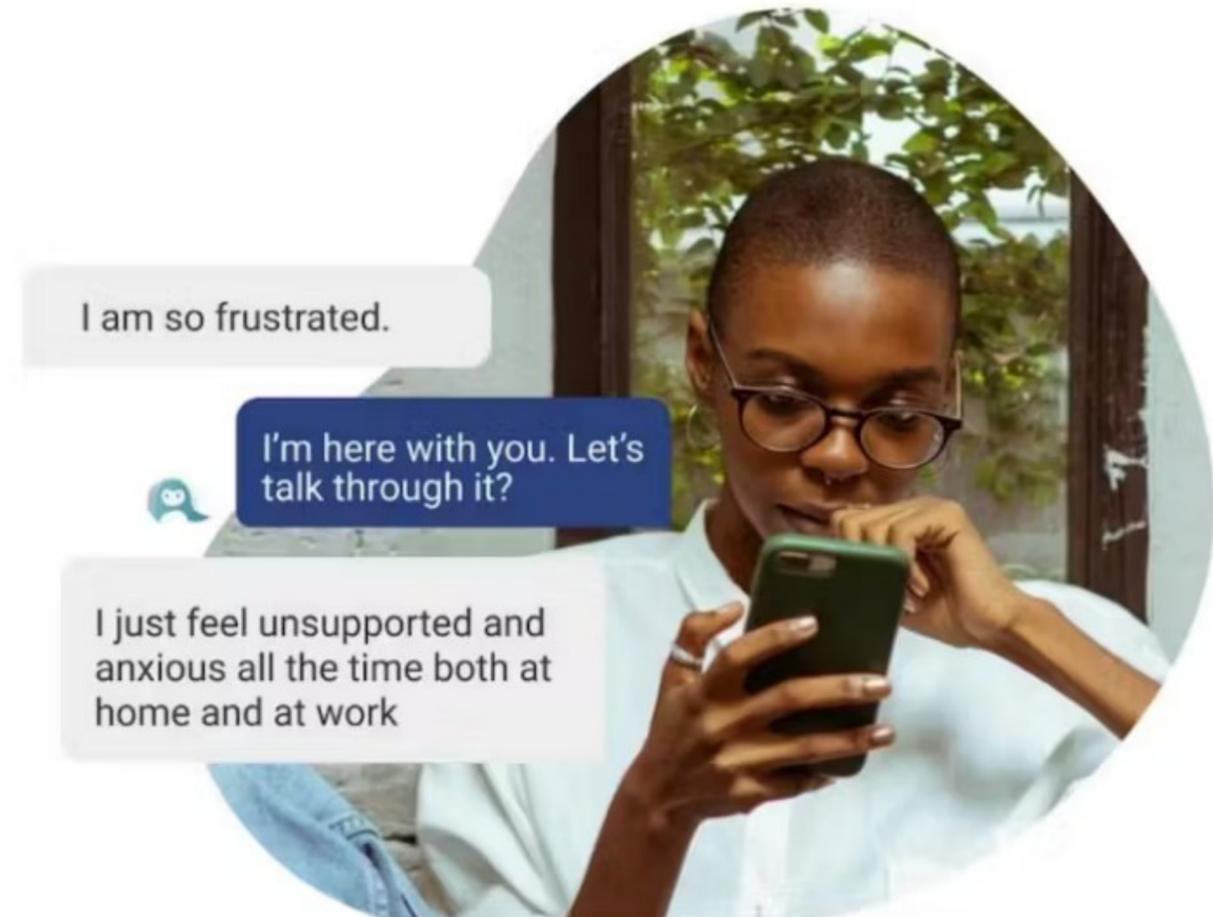




How Does It Work?

Step 1 : Opening up to an AI coach

- Conversational AI creates an anonymous, safe space to work through worries and stressors, preventing them from escalating in severity and towards illness
- Wysa's AI is clinically proven to create a therapeutic alliance equivalent to a human therapist within the first week
- Most people feel better after their first conversation and lean on Wysa for on-demand support, whenever needed





- Wysa's AI is clinically proven to create a therapeutic alliance equivalent to a human therapist within the first week





Pistes pour une approche raisonnée et raisonnable de l'EBP

- Tout déléguer à l'IA et au virtuel ? = déraisonnable à l'heure actuelle
- Une nouvelle thérapie (ou une thérapie innovante) pour chaque patient? L'art ou la science? Réponse : l'art **et** la science
- L'EBP offre de nombreuses réponses pour une grande variété de pathologies psychiatriques => elle mérite d'être connue
- Fera-t-elle la différence pour mon patient en particulier ?
- Si l'on considère une psychothérapie comme une œuvre, l'EBP pourrait constituer la palette des couleurs et le cadre, le thérapeute l'artiste formée à une technique et le patient la toile...
- La médecine personnalisée et de précision est en train de prendre le dessus et elle peut répondre aux défis de l'EBP



Une thérapie nouvelle pour chaque patient

- 3ème Task force interdivisionnelle de l'America Psychological Association sur l'évidence de la relation psychothérapeutique et la réceptivité
- «Quel traitement, et par qui, est le plus efficace pour cet individu avec ce problème spécifique, et dans quel contexte ?» Ce qui marche pour un patient peut ne pas fonctionner pour un autre : nous cherchons à établir différentes stratégies pour différentes personnalités
- Il s'agit d'ajuster la psychothérapie aux particularités de l'individu en tenant compte des généralités des résultats de la recherche
- Le but pour un thérapeute (empathique) est de créer de manière collaborative une relation thérapeutique optimale avec un patient actif sur la base de sa personnalité, de sa culture et de ses préférences.
- La qualité relationnelle et la réceptivité du patient prévaut sur la stratégie ou sur la méthode thérapeutique

Norcross & Wampold, 2018 J. Clin. Psychol.



Une thérapie nouvelle pour chaque patient

- L'adaptation du traitement psychologique (ou de la réceptivité) aux caractéristiques transdiagnostiques du patient contribue à des résultats positifs au moins autant, et probablement plus, que l'adaptation du traitement au diagnostic du patient.
- Aucune théorie n'est uniformément valable et aucun mécanisme ou action thérapeutique n'est applicable à tous les individus
- La conduite à tenir peut se décliner en : « Lorsque le patient présente ceci (caractéristique) ou exprime cela (valeur ou croyance), il faut alors envisager de faire ceci...» De cette manière, le clinicien s'adresse à la personne dans son ensemble, et ne se contente pas de poser un diagnostic
- Les efforts visant à promulguer les meilleures pratiques et les traitements fondés sur des données probantes sans tenir compte de la relation et de la réceptivité sont incomplets et potentiellement dangereux

Une thérapie nouvelle pour chaque patient

Norcross & Wampold, 2018 *J. Clin. Psychol.*

– Les recommandations de pratiques mentionnent :

- Les praticiens sont encouragés à faire de la création et de l'entretien de la relation thérapeutique un objectif principal du traitement
- Les praticiens sont encouragés à évaluer les comportements relationnels (par exemple, l'alliance, l'empathie, la cohésion) pour de meilleurs résultats
- Les praticiens sont encouragés à adapter ou à personnaliser la psychothérapie en fonction des caractéristiques transdiagnostiques spécifiques du patient
- Les praticiens connaîtront un succès thérapeutique accru en évaluant régulièrement et en adaptant la psychothérapie aux identités culturelles des clients (au sens large)
- Les praticiens sont encouragés à monitorer régulièrement la satisfaction des patients à l'égard de la relation thérapeutique
- Les praticiens sont encouragés à utiliser simultanément des **relations** et des **traitements** fondés sur des données probantes et adaptés à l'ensemble du patient

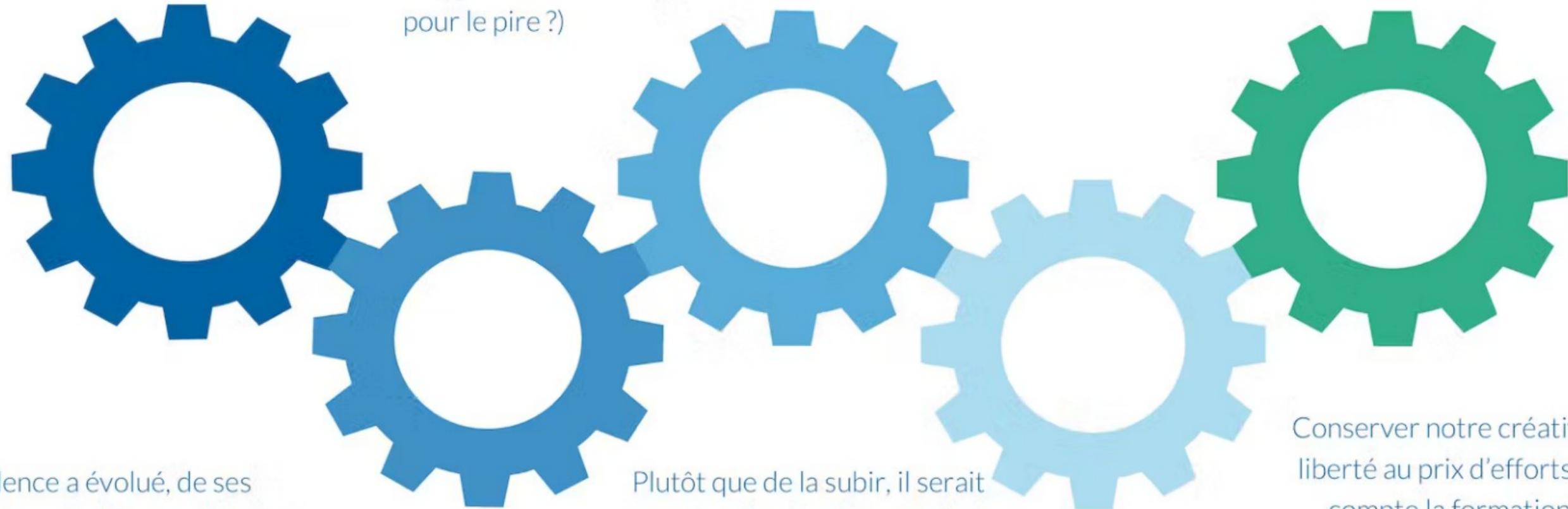
– La formation des psychothérapeutes doit traiter de l'importance de la relation



Take home message

Nous n'en avons pas fini avec
l'evidence-based practice qui
progresses insidieusement et
délibérément, pour le meilleur (et
pour le pire ?)

Ne pas souscrire aveuglément aux
formes avenantes du chant des
sirènes de l'intelligence artificielle
et des thérapies «on line»

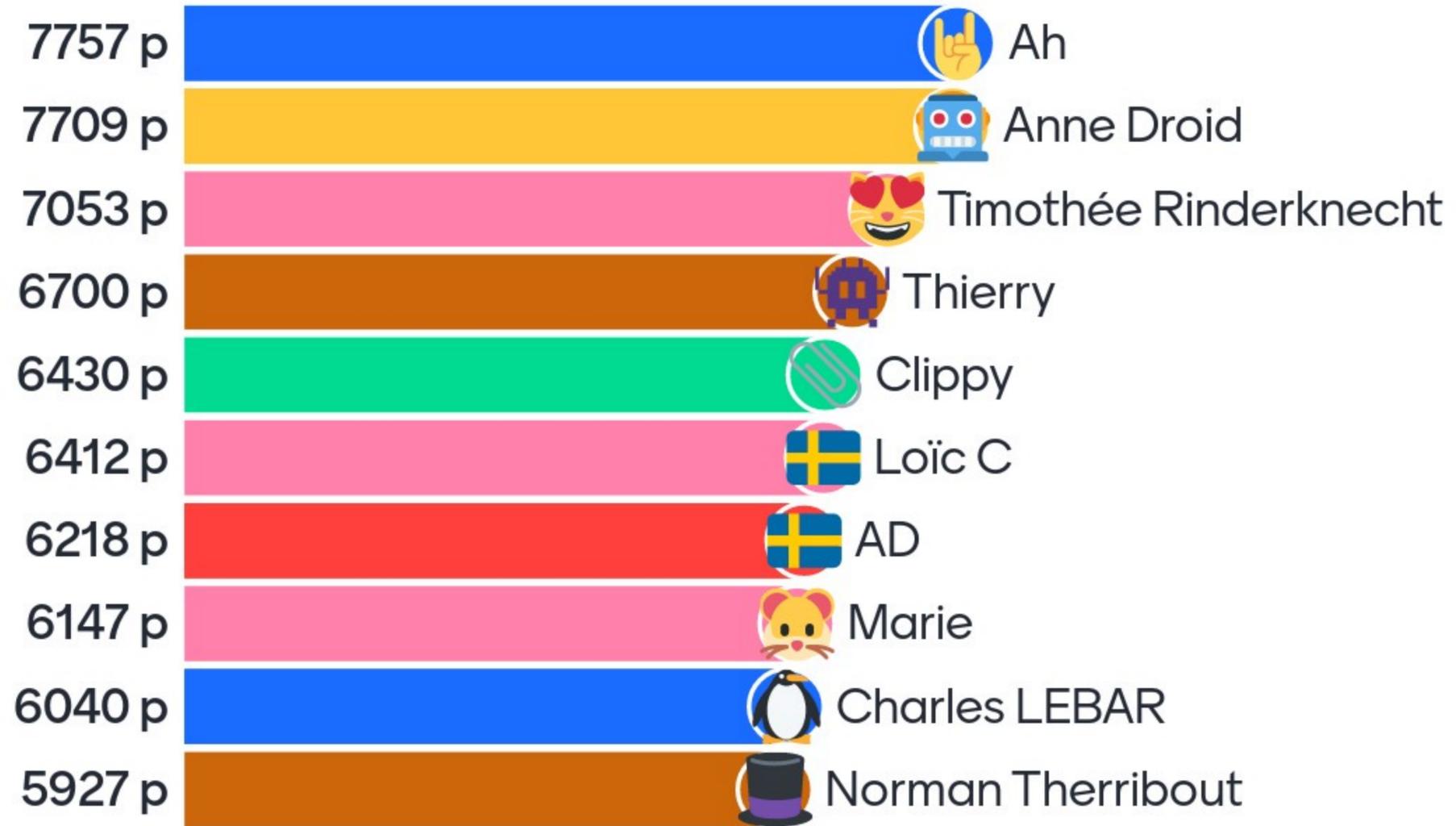


L'évidence a évolué, de ses
fondements scientifiques elle s'est
enrichie de l'art de la relation

Plutôt que de la subir, il serait
opportun de s'y mêler afin de la
façonner, voire de la devancer

Conserver notre créativité et notre
liberté au prix d'efforts prenant en
compte la formation de notre
relève, les exigences scientifiques
et celles du coût/efficacité à travers
l'individualisation des traitements

Leaderboard



Références



- Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. *Archives of Disease in Childhood*. 2022; 107 : 109-113.
- Seegan PL, Miller L, Young AS, Parrish C, Cullen B, Reynolds EK. Enhancing Quality of Care Through Evidence-Based Practice: Training and Supervision Experiences. *Am J Psychother*. 2023 Sep 1;76(3):100-106.
- Courtney DB, Bennett K, Szatmari P. The Forest and the Trees: Evidence-Based Medicine in the Age of Information. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Jan;58(1):8-15.
- Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res*. 2020 Jan;283:112376.
- Hare MM, Landis TD, Hernandez ML and Graziano PA. A Systematic Review of Infant Mental Health Prevention and Treatment Programs. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health* 2023; <https://doi.org/10.1080/23794925.2022.2140458>



Bibliographie

