

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-Liefveld 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