

et deux tiers des épisodes dépressifs majeurs ne répondront pas à un premier antidépresseur prescrit. Mais avant de parler d'inefficacité d'un traitement, il est important d'évaluer certains aspects susceptibles d'entraver l'efficacité de ce dernier. Un examen clinique complet ainsi que certains examens complémentaires (TSH par exemple) seront dans un premier temps nécessaires afin de d'éliminer une pathologie organique responsable d'une symptomatologie dépressive, qui pourra régresser une fois cette pathologie traitée. Une cause iatrogène médicamenteuse devra aussi être éliminée, ainsi qu'une cause toxique (abus de substances). L'entretien clinique nous permettra ensuite de confirmer le diagnostic d'épisode dépressif majeur et de son évolution sous traitement, ainsi que d'éliminer des diagnostics psychiatriques différentiels (un trouble bipolaire par exemple) ou certaines comorbidités psychiatriques, tels qu'un trouble de la personnalité. Après s'être assuré que la posologie prescrite et la durée de traitement antidépresseur sont adéquates, l'un des critères fondamentaux à évaluer est l'observance du traitement prescrit. Il est de plus indispensable d'évaluer le contexte de vie et les facteurs de stress parfois responsables d'une chronicisation de la symptomatologie dépressive. Il est donc nécessaire de prendre le temps d'évaluer globalement la situation pour s'assurer que le traitement antidépresseur mis en place est réellement inefficace, avant de passer à une autre stratégie thérapeutique.

Mots clés Dépression ; Antidépresseur ; Résistance

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

Pour en savoir plus

American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. 2010.

Rush AJ, Triverdi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905–17.

Grote NK, Frank E. Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry* 2003;53:660–70.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.068>

S9B

Quelles stratégies médicamenteuses ?

E. Haffen

Service de psychiatrie, CIC-1431, FHU Increase, hôpital Saint-Jacques, CHRU de Besançon, Besançon

Adresse e-mail : emmanuel.haffen@univ-fcomte.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.2015.09.069>

S9C

Quelle stratégie psychothérapeutique pour les déprimés résistants aux antidépresseurs ?

L. Schmitt*, S. Prebois, A. Yroni

Service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale de Toulouse, Toulouse

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : schmitt.l@chu-toulouse.fr (L. Schmitt)

On sait depuis longtemps que les traitements combinés d'antidépresseurs et de psychothérapies donnent les meilleurs résultats pour soigner les dépressions. L'étude STAR-D avec ses 4 étapes aboutit à 67 % de rémissions, une des dernières étapes associe la psychothérapie. Donc un tiers des patients reste sans amélioration. D'où l'idée d'associer ou de privilégier un traitement psychothérapeutique. Mais lequel, sachant qu'aucune forme de psychothérapie cognitive, interpersonnelle, dynamique ou de soutien n'a montré une réelle supériorité. Deux grandes

stratégies psychothérapeutiques sont utilisées dans les dépressions résistantes :

– l'évaluation systématique d'un trouble de la personnalité, dont la personnalité état limite, d'un facteur de stress ou d'un événement traumatique, d'une addiction ou d'un trouble anxieux comorbide définit l'étape initiale. Elle se complète de l'évaluation des mécanismes de défense prévalant de la personnalité (cf. code additionnel du DSM-V) ;

– des techniques de soin récentes proviennent des thérapies dialectiques pour certaines, des thérapies psychodynamiques pour d'autres.

Ces approches prennent en compte l'importance des ruminations, du perfectionnisme, de l'attachement, de la détresse comme facteurs d'aggravation des dépressions. Elles tentent d'améliorer la difficulté qu'ont les patients pour exprimer des émotions, l'analyse d'une hyper-vigilance, les pensées rigides, la peur de s'engager dans des relations mutuelles, des pensées de jalousie et des idées de revanche. Dans la Tavistock Adult Depression Study, on s'intéresse aux enjeux de passivité, de barrière au traitement et de résilience qui jouent un rôle dans la chronicité d'un état dépressif. Parmi les facteurs d'efficacité des stratégies psychothérapeutiques il faut citer l'observance des patients vis-à-vis du dispositif de soins, une séance hebdomadaire avec des durées supérieures à 16 semaines de traitement.

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

Pour en savoir plus

Lynch TR, Whalley B, Hempel RJ, et al. Refractory depression: mechanisms and evaluation of radically open dialectical behavior therapy: protocol for randomised trial *BMJ Open* 2015;5:e008857.

Taylor D, Carlyle J-A, McPherson S, Rost F, Thomas R, Fonagy P. Tavistock Adult Depression Study (TADS): a randomised controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant of refractory forms of depression. *BMC Psychiatry* 2012; 12:60.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.070>

S10

Actualités 2015 autour du trouble de la personnalité *borderline*

M. Corcos

Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, institut mutualiste Montsouris, Paris

Adresse e-mail : maurice.corcos@imm.fr

Le trouble *borderline* est le plus fréquent des troubles de la personnalité, et sa prise en charge reste un enjeu majeur pour les psychiatres d'adultes, mais aussi pour les psychiatres d'adolescents et d'enfants. Le trouble *borderline*, même s'il trouve pour partie son étiopathogénie dans certaines anomalies génétiques, est aussi profondément caractérisé par des facteurs environnementaux précoces de l'enfance. Nous commenterons les études les plus récentes qui, via une conception plus dimensionnelle du trouble, retrouvent un continuum entre les adultes *borderline* et certaines anomalies développementales chez l'enfant. Nous ferons également une description plus précise des profils de ces enfants, illustrant certaines données sur les fondements étiologiques du trouble *borderline*, et nous discuterons des possibilités de prévention de ce trouble. Les troubles liés à l'utilisation de substances sont une des comorbidités les plus fréquentes chez les adolescents présentant un trouble de la personnalité *borderline*, compliquant le suivi de ces jeunes patients, et pouvant entraîner retrait social et désinvestissement scolaire. Nous détaillerons la prévalence des différents troubles liés à l'utilisation de substances chez les adolescents *borderline* de notre étude, en comparant nos résultats à ceux décrits dans la littérature internationale. Les tentatives de suicide constituent une préoccupation constante pour les cliniciens, mais également un problème majeur de santé publique via le surcoût engendré (passages aux

urgences, hospitalisations. . .). Aucun traitement psychotrope n'a prouvé son efficacité dans la prévention des tentatives de suicide chez les patients *borderline*, et certaines psychothérapies, comme la thérapie dialectique comportementale de M. Linehan, ont été développées spécifiquement diminuer la fréquence des passages à l'acte hétéro-agressifs de ces patients. Nous présenterons un dispositif innovant de prévention reposant sur la mise en place d'une permanence téléphonique spécifiquement dédiée à ces patients *borderline* adultes.

Mots clés Trouble *borderline* ; Développement ; Consommation de substances ; Permanence téléphonique ; Tentative de suicide
Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Corcos M, Pham-Scottez A, Speranza M. Troubles de la personnalité *borderline* à l'adolescence. Collection Psychothérapies, Dunod: Paris; 2013.

Martin-Blanco A, Soler J, Vilalta L, Felui-Soler A, Elices M, Perez V, et al. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of *borderline* personality disorder. *Compr Psychiatry* 2014;55(2):311–8.

Urban S, Suter M, Pihet S, Straccia C, Stephan P. Constructing thinking skills and impulsive dimensions in conduct and substance use disorders: differences and relationships in an adolescents' sample. *Psychiatr Q* 2014 [Epub ahead of print].

Pham-Scottez A. Évaluation de l'efficacité d'une permanence téléphonique sur l'incidence des tentatives de suicide des patients *borderline*. *Ann Med Psychol* 2010;168(2).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.071>

S10A

Les enfants limites : pathologie développementale ? Trouble précoce de la personnalité ? Quels liens avec les adolescents et les adultes *borderline* ?

M. Douniol

EPS Erasme, Antony

Adresse e-mail : douniolmarie@yahoo.fr

Le trouble de la personnalité *borderline* à l'adolescence, concept définitivement acquis comme une pathologie à part entière et trouvant ses fondements dans des fragilités génétiques autant qu'environnementales représente un enjeu majeur pour les pédo-psychiatres. Cet enjeu se situe à la fois dans une perspective thérapeutique et prospective mais aussi dans une dimension rétrospective, de prévention et de dépistage. L'utilisation de critères catégoriels pour diagnostiquer le trouble de la personnalité ne permet pas de retrouver une continuité entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, par contre, les études environnementales sont remarquables de ressemblance et retrouvent exactement les mêmes facteurs de risque traumatiques entre les adolescents *borderlines* et les adultes *borderlines*. Ces facteurs environnementaux traumatiques sont souvent sévères, il est donc peu probable que ces enfants futurs adolescents et/ou adultes *borderline* n'aient pas manifesté de souffrance et de symptômes dans l'enfance. La perspective dimensionnelle a commencé d'apporter certaines réponses en termes de continuité symptomatique. Nous exposerons donc ainsi, via une revue de la littérature exhaustive et actualisée, les études emblématiques portant sur les aspects cognitifs (troubles attentionnel), émotionnels (impulsivité, déficit d'autorégulation, propension à la colère. . .) et tempéramentaux des enfants et adolescents *borderlines*. Il sera alors discuté le profil symptomatique dégagé, les aspects stables et les aspects plus variables interindividuels et enfin la coïncidence avec certains profils développementaux précurseurs ou non d'un trouble de la personnalité.

Mots clés Trouble *borderline* de la personnalité ;

Continuum-enfant ; Adolescence-développement

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

Pour en savoir plus

Corcos M, Pham-Scottez A, Speranza M. Troubles de la personnalité *borderline* à l'adolescence. Collection Psychothérapies, Dunod: Paris; 2013.

Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE, Krueger RF. The impact of childhood temperament on the development of *borderline* personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(1). [pii: 18].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.072>

S10B

Adolescents *borderline* et utilisation de substances : de la consommation à l'abus, de l'abus à la dépendance

P. Stephan

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

(SUPEA), CHU Vaudois, Lausanne

Adresse e-mail : philippe.stephan@chuv.ch

Il a été clairement établi que le trouble de la personnalité *borderline* (BDP) est fréquemment associé aux troubles liés à la consommation de substances (SUD). En effet, depuis longtemps, plusieurs études se sont penchées sur l'association fréquente rencontrée entre le SUD et le BDP. Les données de la littérature admettent en moyenne une prévalence de 50 % de diagnostic de trouble des substances chez les patients présentant un trouble BDP. De plus, la grande majorité des individus *borderlines* présentant une comorbidité SUD la développe au cours de leur adolescence. En allant plus loin nous sommes tentés de penser que les éléments à l'origine de la mise en place d'un SUD chez les *borderline* sont présents dès l'adolescence. Ceci pose donc la question de la fonction de la consommation de substance dans l'économie psychique du *borderline* ainsi que leurs liens avec le processus d'adolescence. Ainsi, la consommation de substance est particulièrement importante chez les adolescents *borderline* et constitue l'une des principales comorbidités. La rencontre avec une substance psychoactive (alcool, cannabis ou autre) en plein processus d'adolescence semble jouer deux fonctions : d'une part, elle devient un moyen de palier au manque de capacités de régulations émotionnelles particulièrement sollicitées à cette période de la vie et tente ainsi de canaliser un débordement psychique. D'autre part, elle ravive par l'intensité de son vécu les expériences précoces de saturations émotionnelles à l'origine des dysfonctionnements du système de régulation des émotions. À la fois remède et poison la consommation risque de fixer d'avantage la construction du trouble *borderline* dans un cercle de renforcement auto-entretenu. L'adolescence étant par ailleurs une occasion de moduler, de remodeler certains aspects du rapport au monde, elle est une période particulièrement pertinente pour la mise en place d'une action thérapeutique.

Mots clés Trouble *borderline* ; Adolescence ; Consommation de substance ; Régulation émotionnelle

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

Pour en savoir plus

Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. *Borderline* personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 2000;20(2):235–53.

Stephan P, Suter M, Guillod DL, Perez-Diaz F, Nezelof S. La consommation de substances, entre remède et poison. Une chance pour débiter un parcours thérapeutique ? In: Corcos M, Pham-Scottez A, Speranza M, editors. Troubles de la personnalité *borderline* à l'adolescence. Paris: Dunod; 2013. p. 73–84.

Stephan P. La prévention des dépendances à l'école. In: Curchod-Ruedi D, Doudin P-A, Lafortune L, Lafranchise N, editors. La santé