

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