

par la fusion avec comblement oral continu. Cet état laisse rapidement la place à une discontinuité où l'oralité a une place centrale dans cette dynamique, de la fusion au lâchage, bébé nourri, bébé gavé, bébé qui attend, bébé bâillonné par la tétine mais rarement dans le regard et dans la sécurité. Ces interactions sont celles qui caractérisent la négligence et sont entourées de multiples et subtils dysfonctionnements. Nous exposerons ces caractéristiques particulières à ces familles et les effets sur le développement de ces enfants.

Mots clés Parents *borderline* ; Interaction pathologique ; Négligence ; Discontinuité ; Oralité ; Bébé

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Garret-Gloanec N, Pernel AS, dépister la détresse des bébés. http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d_oeil_sur_la_detresse_des_bebes.aspx.

Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. *EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 2013;0(0):1–11 [Article 37-208-A-85].

Garret-Gloanec N, Pernel AS, Le Centre nantais de la parentalité : une organisation du soin centrée sur le bébé ; dans l'ouvrage « Soigner prendre soin du bébé et de ses parents » Édition Erès; 2013.

Garret-Gloanec N, Roos-Weil F, Pernel AS, Le rôle de la notion de pathologie limite en psychiatrie du bébé, dans l'ouvrage « Hommage à R. Misès ». *Rev Psychiatr Fr* 2013.

Garret-Gloanec N, Pernel AS. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *Inform Psychiatr* 2012;88:195–207. doi:10.1684/ipe.2012.0905.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.229>

FA2C

Une approche théorico-clinique des TCA et de la maternité

C. Squires

Hôpital Cochin-Port-Royal-Saint-Vincent-de-Paul, Service de biologie de la reproduction, Paris, France

Adresse e-mail : clairesquires@orange.fr

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.230>

FA2D

Troubles des conduites alimentaires et infertilité

G. Buisson

CH Esquirol, pôle de pédopsychiatrie, Limoges

Adresse e-mail : geraldine.buisson87@gmail.com

La nature exacte des liens étiopathogéniques entre les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) et l'Infertilité est encore non complètement élucidée, alors que les liens entre anomalies pondérales et fertilité sont établis de longue date. Les déterminants biologiques incriminés seraient la proportion de masse grasseuse, la dépense énergétique qui influenceraient divers médiateurs comme la leptine. Cependant l'infertilité constitue un symptôme des TCA dont l'abord thérapeutique actuel pourrait engendrer une morbidité non négligeable, inhérente aux parcours d'AMP mais aussi liée aux TCA en période périnatale. La prise en charge psychiatrique du comportement alimentaire permettrait pourtant pour nombres d'entre elles d'éviter ce parcours. La complexité des liens entre TCA et infertilité nécessite une approche non uniciste, du fait d'un lien de causalité non linéaire. Nous proposons donc une lecture compréhensive du lien de causalité circulaire au regard des données actuelles de la littérature internationale concernant ce sujet et questionnons la prévalence des TCA au sein de la population de femmes infertiles ayant recours à l'AMP. En effet, très peu d'études sont dévolues à la détermination de la prévalence des TCA dans la

population de femmes infertiles ayant recours à l'AMP ont été réalisées ; malgré tout, les données de la littérature suggèrent que, au-delà des catégories diagnostiques des TCA, le comportement alimentaire des femmes infertiles est plus souvent perturbé qu'en population générale. La détection des TCA en période-périnatale est un enjeu déterminant pour le déroulement de la démarche d'AMP, de la grossesse et la rencontre mère-enfant.

Mots clés Infertilité ; Troubles des Conduites Alimentaires ; Assistance Médicale à la Procréation

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril* 2010;93(1):72–78.

Corcus M. Le corps insoumis : psychopathologie des troubles du comportement alimentaire, 2^e édition, Dunod, 2011.

Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.231>

FA2E

Retentissement des troubles des conduites alimentaires maternels sur le devenir des enfants

C. Rainelli

CH Esquirol, Filière de psychiatrie périnatale, Limoges

Adresse e-mail : christine.rainelli@ch-esquirol-limoges.fr

Le suivi obstétrical des patientes enceintes doit toujours être accompagné d'une vigilance particulière du contexte psychologique associé, qui, dans cette période de plus grande vulnérabilité peut avoir des conséquences délétères sur la femme et sur l'enfant à venir.

Ainsi, le contrôle de la prise de poids au cours de la grossesse a ses effets pervers. S'il est important de s'assurer d'une alimentation équilibrée pendant cette période, les recommandations ne tiennent pas toujours compte de l'état psychologique sous-jacent. Un phénomène paradoxal et alarmant commence à poindre, l'image de la jeune femme filiforme, radieuse et enceinte s'impose dans tous les médias, alors que le surpoids est pisté, blâmé enfermant parfois les femmes dans une culpabilité destructrice. Le déroulement de leur grossesse et le devenir de la relation avec leur bébé est pourtant en jeu dans toutes ces situations. Des études ont montré le risque de complications médicales, obstétricales et néonatales encourues, mais les difficultés relationnelles entre la mère et son bébé et les éventuels effets sur l'alimentation de l'enfant restent beaucoup moins explorés. Nous proposons ici une réflexion autour d'une étude mise en place au sein de la filière de psychiatrie périnatale de Limoges. Elle a été réalisée sur 2 ans et a bénéficié du soutien de la Fondation de France dans le cadre d'un programme santé des jeunes 2010 : « soigner les conduites anorexiques et boulimiques ». Trente-deux mères et 22 bébés ont été suivis.

Nous discutons les modalités d'orientation et d'accompagnement de ces situations, la spécificité de la clinique repérée et les dysfonctionnements relationnels retrouvés. La question de la prise en charge se pose et se confronte à l'acceptation des soins par la mère. L'évaluation des capacités maternelles à mobiliser un changement dans leur comportement pathologique est important, elle va guider notre attitude et l'implication qu'il faudra demander à l'entourage.

Mots clés Troubles des Conduites Alimentaires ; Grossesse ; Nourrisson ; Interactions

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'olimpio F. « Transmission intergénérationnelle : troubles alimentaires dans l'enfance

et psychopathologie maternelle». *Devenir* 2004; 16(3): 173–198.

Morgan JF, IAccey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med* 2006; 68(3): 487–492.

Vignalou J, Guedeny N. « Les enfants de mères anorexiques ». *Arch Pediatr* 2006;13:484–487.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.232>

FA15

Dépressions : de l'adolescence à l'âge adulte

M.-M. Bourrat

Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA), CMPP Limoges, Limoges, France

Adresse e-mail : mmbourrat@gmail.com

La dépression est un des troubles psychiatriques les plus fréquents et qui génèrent le plus de situations de handicap. Son incidence augmente à l'adolescence, période de fragilité dans la vie de l'individu pendant laquelle se manifestent souvent les premiers symptômes de ce trouble. La prévalence de la dépression à l'adolescence est estimée entre 5 et 9%. Son retentissement peut être majeur, en particulier à cet âge, par les conséquences qu'elle peut avoir sur le fonctionnement social ou familial. La SFPEADA (Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées), qui vient de contribuer à l'élaboration des recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) sur les dépressions de l'adolescent, a souhaité proposer dans le cadre du Congrès Français de Psychiatrie, une session qui associe des interventions de psychiatres d'enfants et d'adolescents et de psychiatres d'adultes. Sous la présidence de Marie-Michèle Bourrat, présidente de la SFPEADA, seront présentés et discutés avec le public :

– les éléments d'actualité et les recommandations concernant la clinique et les soins dans les différentes formes de dépressions à l'adolescence (Louis Tandonnet, Nantes);

– les actions de prévention ciblées de la dépression à l'adolescence qui ont fait leurs preuves et commencent à se développer en France (Laure Mesquida, Toulouse);

– la transition de l'adolescence à l'âge adulte, avec les spécificités cliniques et psychopathologiques de la dépression à cet âge (Benoît Maillet, Nantes);

Dans une dimension développementale, la discussion portera notamment sur les liens et les collaborations entre les professionnels intervenant dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte : comment prévenir sans enfermer dans des prédictions, comment accompagner les trajectoires, les séparations, les passages de relais ?

Mots clés Dépression ; Trouble bipolaire ; Adolescent ; Transition ; Prévention ; Recommandations

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Purper-Ouakil D, Cohen D, Flament MF. Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent : mise au point des données d'efficacité et de tolérance. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):20–29. Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques concernant « Les manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge initiale ». À paraître 2014.

Marcotte D. La dépression chez les adolescents. État des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention. Presses de l'Université du Québec; 2013.

Stice E, Shaw H, Bohon C, Nathan Marti C, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(3):486–503.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.233>

FA15A

Manifestations dépressives à l'adolescence : actualités et recommandations

L. Tandonnet

CHU Nantes, Service universitaire d'Addictologie et de psychiatrie de liaison, Nantes, France

Adresse e-mail : louis.tandonnet@hotmail.fr

Avec la puberté et les bouleversements pubertaires, la prévalence de la dépression caractérisée connaît une véritable explosion pour atteindre environ 4% par an, soit 15% vie entière en fin d'adolescence. Or, à cette période les stratégies pour le diagnostic et la prise en charge doivent être adaptées aux spécificités développementales.

À partir d'une recherche réalisée sur les bases de données Medline, PsyInfo, Pascal nous réalisons une revue de la littérature concernant les manifestations dépressives à l'adolescence.

L'adolescence est la période où le recours aux soins pour une dépression est la plus critique (seulement 27,5%). À cet âge, le spectre des manifestations dépressives est large et il faut savoir distinguer une « dépressivité » développementale d'un véritable trouble dépressif caractérisé susceptible de retentir durablement sur le fonctionnement. Les critères pour son diagnostic reposent sur les mêmes piliers que chez l'adulte, mais la dépression de l'adolescent peut passer inaperçue pour plusieurs raisons. En particulier, les manifestations comportementales non mentalisées, l'irritabilité, la réactivité de l'humeur ou encore l'inversion des signes instinctuels peuvent amener une errance diagnostique.

Concernant les facteurs de risque, on retrouve ceux communs aux autres troubles psychiatriques régis à l'adolescence par les principes de multifinalité et d'équifinalité. Nous soulignons comment la notion de « capacité dépressive » issue des analyses qualitatives pose les limites de l'approche quantitative qui considère toute manifestation de dépressivité déjà comme un symptôme sub-dépressif.

Au plan thérapeutique, c'est dans tous les cas l'approche relationnelle qui vaut en première intention. De surcroît, dans les formes modérées à sévères ayant résisté à ce premier engagement relationnel, les antidépresseurs sérotoninergiques en tant que classe et en particulier la fluoxétine ont montré leur intérêt pour améliorer la réponse et diminuer le taux de rechute à court terme.

Mots clés Dépression ; Adolescence ; Diagnostic ; Traitement ; Psychothérapie ; Antidépresseurs

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Chan-Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France : enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES, Coll. Études santé; 2009. pp. 59–83.

Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre de Santé 2005. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2007;55:222–227.

Tandonnet L, Braconnier A, Marcelli D. Dépressions à l'adolescence. *EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 2013;0(0):1–12 [Article 37-214-A-10].

Tandonnet L. Le problème de la dépression. In: Marcelli D, Braconnier A. (Eds.) *Adolescence et psychopathologie*. 8^e Édition. Coll Les âges de la vie. Ed. Masson;2013: 239–274.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.234>

FA15B

Prévenir la dépression chez l'adolescent : c'est possible

L. Mesquida^{1,*}, M. Guegan², J.-P. Raynaud¹

¹ CHU de Toulouse, SUPEA, Villa Ancely, Toulouse, France