

S8B

L'intelligence artificielle au service de la santé mentaleX. Aimé^{1,*},^{2,3}¹ Inserm UMRS 1142, LIMICS, Paris² Sorbonne Universités, UPMC University Paris 06, UMR.S 1142, LIMICS, Paris³ Villeteuse

* Correspondance.

Adresse e-mail : xavier.aimé@inserm.fr

L'intelligence artificielle est l'objet de nombreuses recherches, mais aussi de nombreux fantasmes. Elle vise à reproduire l'intelligence humaine dans ses capacités d'apprentissage, de stockage de connaissances et de calculs. Dans le domaine de l'ingénierie des connaissances, les premières représentations se sont largement inspirées des essais de modélisation de la mémoire sémantique. Cette dernière, composante de la mémoire à long terme, est la mémoire des mots, des idées, des concepts. C'est également le seul système de mémoire déclarative qui résiste de façon remarquable aux effets de l'âge. Des modifications cognitives non spécifiques peuvent diminuer les performances des sujets, âgés dans différentes épreuves et signalent plutôt des difficultés d'accès à des représentations sémantiques qu'une atteinte du stock sémantique lui-même. Certaines démences, avec au premier rang d'entre elle la démence sémantique, et dans un moindre mesure la maladie d'Alzheimer, se traduisent entre autre par une atteinte de la mémoire sémantique. Nous proposons dans cet article d'utiliser le modèle des ontologies computationnelles, modélisation formelle et relativement fine, au service de la neuropsychologie : [1] pour le praticien dans des systèmes d'aide à la décision, [2] pour le patient à titre de prothèse cognitive externalisée, et [3] pour le chercheur afin d'étudier la mémoire sémantique.

Mots clés Intelligence artificielle ; Sémantique ; Mémoire ;

Ontologie computationnelle ; Psychologies

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

- [1] Aimé X, Charlet J, Maillet D, Belin C. L'intelligence artificielle à la rencontre de la neuropsychologie : mémoire sémantique, vieillissement normal et pathologique. *Geriatr Psychol Neuro-psychiatr Vieil* 2015;13(1):88–96.
- [2] Richard M, Aimé X, Krebs MO, Charlet J. Enrich classifications in psychiatry with textual data: an ontology for psychiatry including social concepts. *Stud Health Technol Info* 2015;210:221–3.
- [3] Aimé X, Charlet J. Knowledge engineering or conformism engineering? In: Bergenti F, Cabri G, editors. *Enabling technologies: infrastructure for collaborative enterprises (WETICE' 2014)*. In: IEEE 23rd International WETICE Conference. IEEE. 2014. p. 399–404.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.065>

S8C

Au-delà de l'effet de mode : quel avenir pour la santé mobile en psychiatrie ?

B. Pitrat

*Ad Scientiam, Real World Medical Data, iPEPS, Institut du cerveau et de la moelle épinière, Paris*Adresse e-mail : benjaminpitrat@gmail.com

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.2015.09.066>

S9

Que proposer à ces patients déprimés qui ne répondent pas à un traitement antidépresseur de première intention ?

E. Corruble

*Inserm U1178, hôpital de Bicêtre, hôpitaux universitaires Paris-Sud, 78, rue du Général-Leclerc, Le Kremlin-Bicêtre*Adresse e-mail : emmanuelle.corruble@bct.aphp.fr

Le trouble dépressif unipolaire est un trouble fréquent (15 % de la population générale sur la vie entière) et grave (augmentation de la morbi-mortalité, en particulier par suicide, retentissement fonctionnel majeur). Les formes chroniques (20 % des patients) et les formes résistantes (20 % des patients) d'épisodes dépressifs caractérisés unipolaires sont particulièrement fréquentes. Il est donc essentiel de progresser dans nos stratégies diagnostiques et thérapeutiques précoces, en amont de la résistance, au premier rang desquels les patients déprimés qui ne répondent pas à un traitement antidépresseur de première intention. En effet, la non réponse à un premier traitement antidépresseur est une situation fréquente puisqu'elle concerne deux tiers des patients traités par antidépresseurs en première intention pour un épisode dépressif caractérisé unipolaire [1]. Elle est également un réel enjeu thérapeutique puisque 40 % de ces patients présenteront une évolution péjorative vers la chronicité et/ou la résistance thérapeutique [2]. Paradoxalement, les travaux dans ce domaine sont rares. Mais quelques articles consacrés à ce sujet ont été récemment publiés, notamment dans la littérature internationale [1–4]. Ce symposium proposera une revue de la littérature française et internationale et soulignera l'importance d'optimiser nos stratégies diagnostiques et thérapeutiques pour ces patients déprimés non répondeurs à un premier traitement antidépresseur. Il abordera cette question sous différents angles : comment définir et caractériser la non réponse à un traitement antidépresseur ? Quelle évaluation diagnostique, psychiatrique et somatique, proposer à ces patients et sur quels arguments ? Quelles stratégies médicamenteuses proposer ? Quelles stratégies psychothérapeutiques proposer ? Et comment combiner ces approches ?

Mots clés Dépression ; Trouble dépressif caractérisé ;

Médicaments antidépresseurs ; Évaluation ; Thérapeutique ;

Psychothérapies

Déclaration de liens d'intérêts AstraZeneca, Lundbeck, Otsuka, Sanofi-Aventis, Servier, Flammarion.**Références**

- [1] Nierenberg AA. Strategies for achieving full remission when first-line antidepressants are not enough. *J Clin Psychiatry* 2013;74(12):e26.
- [2] Thase ME, Fava M, Nierenberg AA. Depression: addressing partial response after first-line antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2014;75(9):978–80.
- [3] Connolly KR, Thase ME. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs* 2011;71(1):43–64.
- [4] Thase ME. Using adjunctive treatments when first-line antidepressants fail. *J Clin Psychiatry* 2012;73(1):e01.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.067>

S9A

Quel bilan ? Quelles évaluations ?

P. Cailliez

*Hôpital de Bicêtre, hôpitaux universitaires de Paris-Sud, Le Kremlin-Bicêtre*Adresse e-mail : patricia.cailliez@bct.aphp.fr

Les médecins sont souvent confrontés à des situations d'absence d'efficacité ou d'efficacité jugée insuffisante d'un traitement antidépresseur de première intention. On estime ainsi qu'entre un

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, Fong 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