

présentait un ralentissement psycho-moteur avec une apathie, symptômes transnosographiques, fréquemment rencontrés dans de nombreux troubles psychiatriques et somatiques. Tout le contexte (déménagement...) nous aida à établir le diagnostic d'une dépression. Aucune amélioration n'est observée. une certaine fixité du regard, de petits troubles d'équilibre (qu'elle avait auparavant mais pris pour de la simulation car elle ne tombait jamais) attirèrent notre attention, leurs explorations et un avis en ophtalmologie diagnostiquèrent une paralysie supra nucléaire progressive : maladie neurologique à expression psychiatrique au début de son installation.

**Mots clés** État dépressif ; Antidépresseurs ; Somatiques

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.241>

### P034

#### Dépression mixte dans le DSM 5 : y a-t-il du nouveau ?

S. Weibel\*, G. Bertschy

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr](mailto:sebastien.weibel@chru-strasbourg.fr) (S. Weibel)

La dépression mixte correspond à un état dépressif où coexistent des éléments d'excitation de la lignée hypomaniaque. Si le tableau a déjà été décrit par les auteurs classiques, il a été remis à jour depuis les années 1990 et notamment par Koukopoulos. Cependant, jusqu'alors, les classifications internationales ignoraient totalement ce tableau puisque les critères du DSM-IV pour un état mixte étaient particulièrement étroits, requérant la présence d'un plein syndrome maniaque associé à un plein syndrome dépressif. La conséquence est une carence d'études sur la question et des incertitudes sur les principes de prise en charge. Le DSM 5 a annoncé et mis en œuvre un changement dans l'approche des états mixtes, et permettant notamment un diagnostic de dépression mixte : à un diagnostic d'épisode dépressif peut être associé un « spécificateur de caractéristiques mixtes ». Il requiert la présence de trois symptômes maniaques en plus de critères pour un épisode dépressif majeur. Mais sont exclus de la liste des symptômes maniaques l'agitation, l'irritabilité et la distractibilité : ils sont considérés pouvant être à part entière des symptômes de dépression. Nous passons en revue les arguments issus de la littérature suggérant que cette définition des dépressions mixtes est encore probablement trop restrictive, inadaptée par rapport à la réalité clinique, et présentant un certain nombre de contradictions. Ainsi, nous argumentons que ces nouveaux critères n'apportent pas plus de clarté dans le diagnostic de dépression mixte, et ne permettent pas d'améliorer ce diagnostic souvent méconnu. Cela pourrait avoir des incidences sur l'avancée des connaissances sur la caractérisation clinique, la thérapeutique et le pronostic des dépressions mixtes.

**Mots clés** Dépression ; Trouble bipolaire ; État mixte ; Classification psychiatrique ; Diagnostic

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

*Pour en savoir plus*

Koukopoulos A, Faedda G, Proietti R, D'Amico S, De Pisa E, Simonetto C. Un syndrome dépressif mixte. *Encephale* 1992;18:19–21.

Sani G, Vöhringer PA, Napoletano F, Holtzman NS, Dalley S, Girardi P, et al. Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: a validation study. *J Affect Disord* 2014;164:14–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.242>

### P035

#### Facteurs de risque suicidaire et troubles dépressifs

P. Paris\*, C. Heteau, O. Maillat, A. Heron

Centre Hospitalier, Dreux, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pparis@ch-dreux.fr](mailto:pparis@ch-dreux.fr) (P. Paris)

L'objectif de notre étude comparative est d'isoler des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire en cas de troubles dépressifs. Des patients adultes déprimés sont inclus dans l'étude, après 48 heures d'hospitalisation dans le service de psychiatrie, en distinguant les patients déprimés admis suite à une Tentative de Suicide (groupe « TS ») et les patients déprimés sans TS (groupe « Control »). Le bilan clinique est effectué à l'aide d'auto-questionnaires et d'hétéro-évaluations (Hamilton, coping, insight, dépendance interpersonnelle...) [1–4].

Alors que les deux groupes possèdent des caractéristiques sociodémographiques ainsi que des dimensions dépressives comparables, cette étude montre que les patients « TS » sont plus isolés socialement et ont des ATCD familiaux de TS pour 67 % d'entre eux (contre 31 % chez les « Control »). Ces patients « TS » ont un pauvre insight comparé aux patients « Control » et ont une conscience partielle de leurs troubles psychiatriques. Aussi, les deux groupes se distinguent clairement selon les facteurs de coping, tout en ne montrant pas de différence au niveau de la dépendance interpersonnelle. À partir de ces données, nous proposons de nous interroger sur les modalités de sortie des patients déprimés et de discuter d'un programme spécifique de suivi ambulatoire post-crise.

**Mots clés** Suicide ; Dépression ; Facteurs de risque ; Coping ; Insight

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Références**

- [1] Birchwood M, et al. A self-report Insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(1):62–7.
- [2] Graziani P, et al. Validation française du questionnaire de coping « Ways of Coping Check-list Revised » et analyse des événements stressants du quotidien. *J Ther Cognitivo-Comportementale* 1998;8(3):1–13.
- [3] Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278–96.
- [4] Hirschfeld RM, et al. A measure of interpersonal dependency. *J Pers Assess* 1977;41(6):610–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.243>

### P036

#### L'appel au psychiatre dans les services médico-chirurgicaux de l'hôpital central de l'Armée

H. Bouaoune\*, B. Semaoune

Hôpital Central de l'Armée, Alger, Algérie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Doudilou05@yahoo.fr](mailto:Doudilou05@yahoo.fr) (H. Bouaoune)

La psychiatrie de liaison est une pratique particulière de la psychiatrie, qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales. Son fonctionnement diffère d'un hôpital à l'autre.

**Objectifs** – évaluer et apprécier le type de demandes en soins psychiatriques émanant des services médico-chirurgicaux de l'hôpital central de l'armée Alger ;

– identifier les services les plus demandeurs et les motivations réelles des appels ;

– organiser et développer la psychiatrie de liaison à l'hôpital central de l'armée.

**Méthodologie** Étude prospective portant sur les appels inter-services réceptionnés par le médecin de garde du service de psychiatrie et provenant des divers services médico-chirurgicaux de l'HCA durée: 01 année (juillet 2013–juillet 2014). Fiche-questionnaire de 20 items.

**Mots clés** Psychiatrie de Liaison ; Services médico-chirurgicaux ; Confrontation Psychiatre-Somaticien

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.244>

### P037

## Évolution de l'anhédonie et des symptômes dépressifs d'une population de patients déprimés suivie en psychiatrie et traitée par l'agomélatine, résultats de l'étude HEDONIE

P.-M. Llorca<sup>\*1</sup>, D. Gourion<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, France

<sup>2</sup> Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pmllorca@chu-clermontferrand.fr](mailto:pmllorca@chu-clermontferrand.fr) (P.-M. Llorca)

**Introduction** L'anhédonie, perte d'intérêt et de plaisir, est l'un des symptômes principaux de l'épisode dépressif majeur.

**Objectif** Analyser les caractéristiques et l'évolution de l'anhédonie chez les patients déprimés traités par agomélatine.

**Méthodes** Mille cinq cent treize patients traités par agomélatine ont été inclus dans une étude non interventionnelle, pendant une période de 10 à 12 semaines avec des évaluations à l'inclusion, 6 et 10–12 semaines à l'aide des échelles QIDS-SR, MADRS, SHAPS, CGI et SDS.

**Résultats** À l'inclusion, les scores moyens QIDS-SR et MADRS étaient respectivement de  $17,5 \pm 4,2$  et  $32,7 \pm 7,1$ . Le score SHAPS moyen était de  $9,8 \pm 3,6$ , et 86,8% des patients avaient un score SHAPS > 5, considéré comme une anhédonie sévère. Le score total SDS était de  $22,2 \pm 4,6$ . À la dernière visite, les scores QIDS et MADRS avaient diminué respectivement de  $-11,1 \pm 5,6$  et de  $-21,3 \pm 9,3$ ,  $p < 0,0001$ . Les taux de réponse (amélioration de 50% du score) étaient respectivement de 74,4% et de 77,5% à la QIDS et à la MADRS. Un pourcentage de 48,2% des patients étaient en rémission (QIDS-SR < 6) et 51,9% avaient un score MADRS  $\leq 10$ . Tous les sous-scores QIDS étaient significativement améliorés, principalement les items «humeur» et «implication dans les activités». Le score à l'échelle SHAPS était diminué significativement :  $-7,0 \pm 4,6$  ( $p < 0,0001$ ). L'amélioration du score SDS était significative ( $p < 0,0001$ ) pour les trois dimensions. La corrélation entre l'amélioration de l'anhédonie et l'amélioration du fonctionnement était forte ( $r = 0,642$ ;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusion** La prévalence de l'anhédonie est élevée chez les patients déprimés. L'anhédonie est associée à la sévérité de la dépression et aux troubles fonctionnels. L'agomélatine améliore efficacement l'humeur, l'anhédonie et le fonctionnement.

**Mots clés** Dépression ; Anhédonie ; Agomélatine

**Déclaration d'intérêts** Essais cliniques : en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal: Servier, Lundbeck, Janssen, Lilly. Interventions ponctuelles : rapports d'expertise: Lundbeck. Interventions ponctuelles : activités de conseil: Servier, Janssen. Conférences: invitations en qualité d'intervenant : Servier, Lundbeck, AstraZeneca, Biogen. Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable : AstraZeneca.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.245>

### P038

## Comprendre les symptômes résiduels au regard du manque d'inhibition émotionnelle, cognitive et comportementale dans les troubles bipolaires

M. Bouteloux<sup>1,\*</sup>, K. M'Bailara<sup>2,3</sup>, I. Minois<sup>1</sup>, T. Atzeni<sup>2,3</sup>, L. Zanouy<sup>1</sup>, A. Desage<sup>1</sup>, A. Jutant<sup>1</sup>, S. Gard<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fondation FondaMental, Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux, France

<sup>2</sup> Fondation FondaMental, CH Charles Perrens, Bordeaux

<sup>3</sup> Laboratoire de Psychologie EA4139, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [mbouteloux@ch-perrens.fr](mailto:mbouteloux@ch-perrens.fr) (M. Bouteloux)

La période intercritique des troubles bipolaires, jusque récemment considérée comme indemne de troubles thymiques avérés fait l'objet depuis quelques années d'une attention particulière dans les recherches scientifiques. Les travaux montrent que nombre de patients rapportent des symptômes résiduels, une hyperactivité émotionnelle [1], des difficultés attentionnelles [2] et une impulsivité comportementale [3]. Le défaut des processus d'inhibition est un des mécanismes commun à l'ensemble de ces dimensions. L'objectif de cette recherche est d'évaluer si l'altération des processus d'inhibition est majorée chez les patients ayant des symptômes résiduels par rapport à des patients n'ayant pas de symptômes résiduels. L'échantillon est composé de patients ayant reçu un diagnostic de troubles bipolaires en phase de normothymie (critères DSM). L'altération de l'inhibition émotionnelle est évaluée à partir d'auto-questionnaires (AIM, score réactivité émotionnelle de la MATHYS), de l'inhibition cognitive à partir d'évaluation neuropsychologique (Stroop) et de l'inhibition comportementale à partir de questionnaires et d'évaluation neuropsychologique (BIS-10 et CPT-II). Les symptômes résiduels sont évalués à partir d'échelles d'intensité de la symptomatologie dépressive (MADRS) et maniaque (Young). Les résultats offrent un éclairage aux difficultés rencontrées par certains patients en phase de normothymie. Le manque d'inhibition a jusqu'alors été étudié de manière parcelaire. Nos résultats montrent la pertinence de l'envisager comme une entité constituée de dimensions émotionnelle, cognitive et comportementale. Les prises en charges ont donc tout intérêt à intégrer ces différentes dimensions et non pas à proposer un travail uniquement centré sur une des dimensions. Apprendre à réguler et mieux contrôler ce défaut d'inhibition devrait donc être un objectif thérapeutique pluridisciplinaire.

**Mots clés** Trouble bipolaire ; Défaut d'inhibition ; Émotion ; Cognition ; Comportement

**Déclaration d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Références**

- [1] M'bailara K, Demotes-Mainard J, Swendsen J, Mathieu F, Leboyer M, Henry C. Emotional hyper-reactivity in normothymic bipolar patients. *Bipolar Disord* 2009;11(1):63–9.
- [2] Santos JL, Aparicio A, Bagny A, Sánchez-Morla EM, Rodríguez-Jiménez R, Mateo J, et al. A five-year follow-up study of neurocognitive functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2014.
- [3] Saddichha S, Schuetz C. Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Compr Psychiatry* 2014.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.246>