

**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>