

Cours De Résidanat

Sujet : 70

Troubles de l'humeur

Objectifs :

1. Etablir le diagnostic positif d'un épisode dépressif majeur à partir des données de l'examen clinique.
2. Décrire les différentes formes cliniques de dépression selon l'âge et le terrain.
3. Etablir les diagnostics différentiels de la dépression.
4. Décrire les modalités évolutives et les complications d'un épisode dépressif.
5. Identifier les facteurs prédisposant à la bipolarité chez un patient déprimé, à partir des données de l'examen clinique
6. Evaluer le risque suicidaire chez l'adolescent et l'adulte dépressifs à partir des données de l'examen clinique.
7. Etablir le diagnostic positif d'un épisode maniaque à partir des données de l'examen clinique.
8. Décrire les différentes formes cliniques de l'accès maniaque.
9. Etablir le diagnostic positif d'un trouble bipolaire I et II à partir des données de l'examen clinique.
10. Décrire les modalités évolutives et les complications des troubles bipolaires de l'humeur.
11. Préciser les diagnostics différentiels des troubles bipolaires de l'humeur.
12. Planifier la conduite du traitement curatif et préventif des troubles dépressifs majeurs récurrents.
13. Planifier la conduite du traitement curatif et préventif des troubles bipolaires de l'humeur.
14. Indiquer les éléments de surveillance des antidépresseurs et des thymorégulateurs.

1. LE DIAGNOSTIC D'UN EPISODE DEPRESSIF

Le diagnostic positif d'un épisode dépressif repose sur une triade symptomatique comprenant une tristesse de l'humeur, un syndrome de ralentissement psychomoteur et des troubles instinctuels évoluant depuis au moins 15 jours et induisant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou dans d'autres domaines importants.

1.1. Le Syndrome Dépressif

Il associe une triade clinique, à début souvent insidieux.

1.1.1. Humeur dépressive

Une humeur triste

Il existe un sentiment de tristesse, qui peut varier de l'exagération d'un sentiment de tristesse normale à une douleur morale. La tristesse est apparente, persistante et parfois inconsolable. Elle peut être remplacée par une *dysphorie*, qui est une sensation d'ennui associée à une humeur irritable.

Une perte d'intérêt et de plaisir

La tristesse peut être remplacée ou coexister avec un sentiment de *lassitude* et de *désintérêt généralisé* entraînant souvent un vécu d'impuissance et de culpabilité. Il existe également une incapacité à ressentir du plaisir dans les activités habituellement agréables : c'est l'*anhédonie dépressive* qui peut atteindre, dans les formes sévères, les sentiments affectueux : c'est l'*anesthésie affective*.

Une vision négative de Soi, du monde et de l'avenir

- *La vision de soi* est négative : sentiments d'infériorité, d'incapacité et d'inutilité, avec parfois idées d'impuissance et de culpabilité.
- *La vision du monde* et les relations avec l'entourage sont aussi négatives.
- *La vision de l'avenir* se réduit aux seules potentialités pessimistes.

Le pessimisme, l'anhédonie, le désintérêt et le découragement peuvent entraîner un dégoût de la vie, parfois à l'origine des idées suicidaires.

1.1.2. Ralentissement psychomoteur

Ralentissement moteur

Il réalise une *bradykinésie* qui se traduit par une hypomimie et une réduction de la ponctuation gestuelle du discours. Tout dans l'attitude du sujet paraît lent : marche lente, tête

basse, dos voûté...Le ralentissement moteur peut varier selon les formes cliniques d'une simple asthénie à la stupeur totale.

Ralentissement psychique

Il constitue une *bradypsychie*, avec à l'examen, une diminution du flux verbal (*bradyphémie*). Les réponses sont hésitantes et courtes et la pensée paraît lente et laborieuse dans son développement et pauvre dans son contenu. Les souvenirs sont difficiles à évoquer et tout effort de concentration ne peut être soutenu, entraînant une fatigue intellectuelle (*troubles cognitifs*).

1.1.3. Troubles instinctuels

Troubles du sommeil

- *L'insomnie* de fin de nuit est la plus évocatrice (réveil précoce). Il peut s'agir aussi d'insomnie d'endormissement, du milieu de la nuit, ou mixte.
- *L'hypersomnie* est possible, mais plus rare

Troubles de l'appétit

- *L'anorexie*, plus fréquente, peut s'accompagner d'une perte de poids.
- *L'augmentation* de l'appétit est plus rare.

Troubles sexuels

- Désintérêt sexuel avec baisse du désir chez les deux sexes.
- Troubles de l'érection chez l'homme et de l'orgasme chez la femme.

1.1.4. Les symptômes associés

Anxiété

L'anxiété est souvent présente dans la dépression et lui imprime une marque spécifique: humeur dysphorique, instabilité motrice, insomnie d'endormissement.

Symptômes somatiques

En plus de l'asthénie, des algies diverses, et notamment des céphalées, peuvent être rapportées, ainsi que des symptômes digestifs et génito-urinaires.

Troubles du caractère

Parfois, le tableau dépressif associe soit régression et passivité soit hostilité et intolérance à l'environnement (bruit, sollicitations...).

1.2. Les Critères Diagnostiques (voir annexe II) (critères du DSM 5)

2. LES DIFFERENTES FORMES CLINIQUES

2.1. Les formes selon l'âge

2.1.1. La dépression de la phase de latence : dépression de l'enfant d'âge scolaire

Survenant volontiers au décours d'un événement ayant valeur de perte ou de deuil (séparation des parents, décès d'un grand-parent, d'un membre de la fratrie ou d'un parent), parfois événement qui peut aux yeux des adultes apparaître plus anodin (déménagement, mort d'un animal familier...), la dépression chez l'enfant s'installe souvent progressivement avec des symptômes appartenant à plusieurs registres.

Le grand polymorphisme clinique à cet âge donne à la dépression un aspect trompeur. Cependant, le comportement de l'enfant apparaît nettement modifié par rapport à son état prémorbide. Le tableau clinique associe plusieurs symptômes dans les registres suivants :

Tristesse de l'humeur et ennui : la tristesse est souvent remplacée par des crises de colère, voire une labilité de l'humeur. L'irritabilité prend souvent la forme de colère ou d'opposition.

Dévalorisation et perte de l'estime de soi : On note une sensibilité exacerbée aux imperfections et/ou aux échecs.

Les activités de l'enfant s'accompagnent souvent de commentaires négatifs, d'une autodépréciation, et/ou d'un sentiment d'incapacité et de dévalorisation.

Perte d'intérêt et de plaisir : se manifestent plutôt par des attitudes de retrait, de désintérêt, de passivité : il existe chez l'enfant déprimé une perte d'intérêt pour quelques ou toutes les activités qui pourraient être pour lui une source de plaisir.

Les troubles des conduites motrices : le plus souvent, on constate une instabilité ou agitation. Le ralentissement psychomoteur et l'inhibition motrice sont beaucoup plus rares.

Difficultés scolaires :

Les difficultés attentionnelles et mnésiques peuvent aboutir à un fléchissement voire un échec scolaire. Elles doivent être évoquées devant un évitement ou un refus secondaire du travail scolaire.

Plaintes somatiques répétées à type de douleurs abdominales et de céphalées qui peuvent être au-devant de la symptomatologie et pour lesquelles aucune cause organique n'est retrouvée.

Trouble des conduites : à type de mensonges, vols, hétéro-agressivité, voire fugues.

Idées et équivalents suicidaires : les enfants déprimés présentent une propension marquée aux fractures, aux accidents et aux blessures. Ces manifestations peuvent être considérées comme des équivalents suicidaires. Quelquefois, les idées de mort ou de suicide peuvent être exprimées parfois directement ou se manifester plus rarement, par un passage à l'acte suicidaire qui ne doit jamais être sous-estimé.

Les troubles de l'appétit : à type d'anorexie, grignotage ou d'hyperphagie.

Les troubles du sommeil : ils sont divers à type d'insomnie d'endormissement, d'opposition au coucher, d'un sommeil haché et/ou des cauchemars.

Les troubles sphinctériens : à type d'encoprésie secondaire et/ ou d'énurésie secondaire.

Le diagnostic positif est basé sur l'anamnèse, l'entretien familial et l'examen clinique. Chacun de ces signes pris isolément n'est pas nécessairement significatif de l'épisode dépressif.

C'est l'association d'au moins cinq des symptômes (avec au moins un des symptômes est soit la modification de l'humeur, soit la perte d'intérêt ou de plaisir), leur permanence dans le temps (pendant au moins une durée de deux semaines) et la **modification** comportementale nette qu'ils induisent par rapport au **comportement antérieur**, qui est caractéristique et qui va permettre de porter le diagnostic de dépression chez l'enfant.

2.1.2. Dépression de l'adolescent

La sémiologie de la dépression à cet âge est souvent polymorphe. Ainsi, on retrouve souvent que **l'irritabilité** est au premier plan, mais de nombreux symptômes peuvent masquer un syndrome dépressif à l'adolescence : **hétéroagressivité verbale et physique, fugues, vols, conduites sexuelles à risque** (multiplication de partenaires, relations sexuelles non protégées) et **abus de substances**. Cette forme est beaucoup plus fréquente chez les garçons. Des plaintes somatiques également peuvent être au-devant du tableau chez l'adolescent. Les troubles du sommeil et de l'appétit sont plus fréquents chez l'adolescent que chez l'enfant. Les comportements à type d'automutilations et de tentative de suicide sont fréquents chez l'adolescent déprimé.

Il faut toutefois rappeler que plus l'adolescent est âgé, plus la symptomatologie de l'épisode dépressif est proche de celle de l'adulte.

Le diagnostic positif est basé sur l'association d'un moins cinq symptômes, leur permanence dans le temps, leur intensité ainsi que leur retentissement sur les différentes sphères du fonctionnement de l'adolescent.

2.1.3. Dépression du sujet âgé

Elle est fréquente et souvent méconnue. Le diagnostic est difficile car les formes typiques sont rares et l'humeur dépressive est souvent remplacée par une indifférence affective, elle même masquée par une autre symptomatologie.

Les plaintes somatiques sont fréquentes, ce qui fait parfois retarder le diagnostic.

Les troubles cognitifs sont marqués (problème diagnostique avec les états démentiels). Leur début est brutal avec aggravation rapide. Ils sont liés à des troubles de l'attention et de la concentration. Les troubles mnésiques portent aussi bien sur les faits récents que sur les faits anciens. Il n'existe ni aphasie, ni apraxie, ni agnosie, ni véritable désorientation temporo-spatiale.

Les manifestations délirantes : délire de préjudice (héritage convoité), délire de négation d'organe, avec des hallucinations auditives malveillantes et obscènes.

Les troubles du comportement sont fréquents et prennent différentes formes: passivité, troubles caractériels (hostilité et agressivité) ou comportement régressif global (syndrome de glissement) qui met en jeu le pronostic vital.

2.1. Les formes selon le terrain

Les dépressions secondaires à une affection organique

- ◆ Les maladies du SNC : affections vasculaires (AVC), maladie de Parkinson, SEP, épilepsie, tumeurs (surtout frontales), traumatismes crâniens...
- ◆ Les maladies endocriniennes : thyroïdiennes, surrénaliennes, diabète...
- ◆ Autres maladies: tuberculose, cancers, cardiopathies, maladies de système...
- ◆ Les toxiques: alcool, barbituriques, amphétamines, anorexigènes...
- ◆ Les médicaments: Aldomet, INH, L-dopa, neuroleptiques...

Les dépressions sur personnalité pathologique

Certaines dépressions surviennent sur un terrain de personnalité fragile et immature (hystérique, phobique, obsessionnelle...). L'entourage peut exercer une action bénéfique sur l'humeur qui est dite alors réactive aux sollicitations extérieures. La tristesse, proche de la normale, correspond à des préoccupations centrées sur certains événements d'importance variable qui peuvent déclencher la dépression. Le ralentissement se limite à une asthénie et des difficultés de concentration. L'anxiété peut être intense avec une richesse des symptômes somatiques. Les troubles du sommeil sont à type d'insomnie d'endormissement et parfois d'hypersomnie. Le risque suicidaire est présent et doit être pris au sérieux, même s'il s'exprime à travers des menaces ou des « chantages au suicide ».

Les dépressions de la puerpéralité

Pendant la grossesse

Les dépressions durant la grossesse surviennent surtout au premier trimestre et sont, en règle générale, d'intensité modérée, non psychotiques et souvent anxieuses. Elles peuvent rester méconnues car la symptomatologie n'est souvent que l'exacerbation des symptômes habituels de la grossesse : dysphorie permanente avec crises de larmes itératives, plaintes somatiques et fatigue importante, sentiment de découragement et parfois d'incapacité et de dépréciation, dépendance affective avec revendication de soins et d'attention, préoccupations anxieuses concernant la grossesse, l'accouchement et le bébé (sa santé, son sort), ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit.

Les dépressions mélancoliques sont rares et surviennent lors du 3^{ème} trimestre. Elles ont tendance à se poursuivre dans le post-partum et sont volontiers anxieuses et délirantes.

Dans le post-partum

- La mélancolie puerpérale constitue une forme sévère à début précoce (1^{er} mois). Elle se caractérise par un sentiment d'incapacité et de culpabilité envers l'enfant qui atteint souvent une tonalité délirante. La patiente se sent nuisible pour lui ou peut affirmer l'avoir tué avec des voix accusatrices et parfois, des visions funèbres. Le risque de suicide, de suicide à deux ou d'infanticide est extrême. L'évolution à court terme est en général favorable sous traitement, mais le pronostic à long terme est marqué par la fréquence des récives et l'évolution bipolaire.
- Les dépressions postnatales sont des formes modérées et fréquentes (10 à 20 % des femmes), avec 2 pics : entre la 6^{ème} et la 12^{ème} semaine et au cours du second semestre. Le début est insidieux à partir d'un « post-partum blues » qui se prolonge : absence de plaisir à s'occuper du bébé, avec le sentiment d'être dépassée et incapable physiquement de faire face à ses besoins. Les soins sont donc donnés sans élan, sans chaleur et sans intuition empathique, d'une manière terne et amorphe. Il existe souvent une irritabilité envers le mari, les autres enfants et l'entourage. Parfois, la peur de faire du mal à l'enfant, pousse la mère à mettre l'enfant à distance ou à se décharger de ses soins. Le ralentissement psychomoteur aggrave la gêne pour le maternage, avec la lenteur et l'asthénie qu'il occasionne. Ces dépressions sont de diagnostic difficile, ce qui peut avoir des conséquences pour le développement de l'enfant. L'évolution se fait dans la moitié des cas vers une résolution spontanée

entre 3 et 6 mois. D'autres dépressions persisteront plus ou récidiveront en dehors d'un contexte puerpéral.

3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

3.1. Les causes organiques

Certaines pathologies organiques peuvent prêter à confusion avec une dépression tels que :

Les néoplasies, la Maladie de Parkinson, les tumeurs cérébrales, imposant la pratique d'explorations complémentaires

Une hypothyroïdie est à rechercher notamment une bradycardie, une frilosité ou une augmentation pondérale. Une maladie d'Addisson qui est caractérisée par une asthénie intense psychique et physique avec aboulie. Un diabète ou l'asthénie est fréquente.

Il est à noter que la pathologie organique est à rechercher en cas d'absence de facteur déclenchant, d'absence d'antécédent thymique personnels ou familiaux, devant une symptomatologie évocatrice d'une pathologie organique ou des éléments confusionnels où quand le ralentissement, l'asthénie ou l'anorexie sont nets sans véritable dépression de l'humeur.

3.2. Le deuil

Bien qu'il puisse se compliquer d'un état dépressif, le deuil s'en distingue par :

- Les ruminations dépressives restent centrées sur l'être perdu avec de douloureux sentiments d'injustice, de révolte ou de colère
- L'absence du ralentissement psychomoteur et d'idées suicidaires
- La sensibilité à la réassurance et atténuation des symptômes avec le temps

3.3. Les troubles anxieux

Les symptômes dépressifs et anxieux sont souvent intriqués, les uns compliquant les autres.

En faveur d'un trouble anxieux :

- L'évolution par accès de l'anxiété, alors que dans la dépression, elle est plus ou moins permanente et typiquement à prédominance matinale
- La présence d'autres symptômes de la série phobique ou obsessionnelle
- Les conduites d'évitement ou de réassurance et les rituels

3.4. Les troubles psychotiques

La bouffée délirante aiguë (BDA) pose un problème de diagnostic différentiel avec la dépression délirante. En faveur de BDA: le début brutal d'un délire riche et polymorphe, vécu intensément dans une atmosphère d'étrangeté et d'angoisse.

La Schizophrénie

- Forme de début de la schizophrénie par une dépression atypique
- Etats dépressifs survenant au cours de la maladie
- Certaines formes de la schizophrénie: la schizophrénie catatonique (état de stupeur) et l'hébéphrénie (signes déficitaires ou négatifs).

Le trouble délirant

3.5. La démence

Les perturbations intellectuelles qui accompagnent certains états dépressifs, surtout chez le sujet âgé, posent souvent un diagnostic différentiel avec un processus démentiel. Les antécédents dépressifs et la présence des troubles instinctuels sont en faveur de la dépression.

L'épreuve thérapeutique permet souvent de faire la part entre ces deux diagnostics (mettre sous antidépresseurs)

3.6. Diagnostics différentiels de la dépression de l'enfant et de l'adolescent

- Le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention surtout chez l'enfant d'âge scolaire
- Les troubles anxieux
- Les troubles des conduites
- Les variations de la normale : tout enfant ou adolescent peut traverser au cours de son développement des moments dépressifs qui ne sont pas pathologiques. Ces variations de la normale se différencient d'un authentique épisode dépressif par leur caractère transitoire et le faible retentissement sur la vie de l'enfant.

4. MODALITES EVOLUTIVES ET COMPLICATIONS

4.1. Les modalités évolutives

Evolution à court terme : Non traitée, la dépression évolue vers la guérison dans 4 à 12 mois. Sous traitement, il y a disparition plus rapide des symptômes.

Il y a un risque de **rechute** qui est constituée par la réapparition des symptômes avant la guérison, c'est-à-dire avant 6 mois.

Evolution à long terme : Plusieurs possibilités évolutives

- Disparition définitive de la dépression (épisode isolé)
- Récidives soit exclusives d'épisodes dépressifs (trouble dépressif récurrent) (Pour qu'un trouble dépressif soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle

d'au moins deux mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis)

- Récidives en alternance avec des épisodes maniaques (trouble bipolaire).
- Evolution vers la chronicité (15 à 20% des cas): la dépression persiste au delà de 2 ans (résistance au traitement, pathologie somatique, trouble de la personnalité, environnement inadéquat, présence de troubles associés ...)

4.2. Complications et signes de gravité d'un état dépressif

- Le suicide constitue la complication la plus redoutable d'un état dépressif. Les facteurs de risque en sont : antécédents suicidaires personnels ou familiaux, sexe masculin, âges extrêmes (adolescents, sujets âgés), présence d'une mélancolie (surtout anxieuse ou délirante), isolement affectif (veuvage, divorce), maladie organique à l'origine de désespoir et résistance au traitement (échec de deux traitements antidépresseurs).
- Alcoolisme et toxicomanie
- Retentissement sur le fonctionnement et altération de la qualité de vie
- **CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT :**
 - Troubles des conduites
 - Abus de substances
 - Echec scolaire
 - Les tentatives de suicide surtout chez l'adolescent
 - Risque de récurrence de la dépression à l'adolescence et à l'âge adulte
 - Evolution vers un trouble bipolaire

5. LES FACTEURS PREDICTIFS DE BIPOLARITE

La prédiction d'une évolution bipolaire est évoquée devant la présence de :

Facteurs inhérents à la symptomatologie dépressive actuelle

- Hypersomnie et ou somnolence diurne
- Hyperphagie et ou prise de poids
- Ralentissement psychomoteur marqué
- Anxiété psychique marquée
- Caractéristiques psychotiques et ou culpabilité pathologiques
- Humeur labile et ou symptômes maniaques (caractéristiques mixtes)

Facteurs inhérents à l'évolution de la maladie

- Début précoce de la maladie dépressive (<25 ans)
- Nombre élevé d'épisodes dépressifs antérieurs (> 4 épisodes)
- Nombre élevé de tentatives de suicide

Facteurs inhérents à l'histoire familiale :

Antécédents familiaux de troubles bipolaires

Dépression du post partum et virage sous antidépresseurs

LE DEPISTAGE DES FACTEURS PREDICTIFS DE BIPOLARITE DOIT ETRE SYSTEMATIQUE APRES LE DIAGNOSTIC D'UNE DEPRESSION DE L'HUMEUR. DEVANT LA PRESENCE D'UN OU PLUSIEURS FACTEURS DE PRESOMPTION DE BIPOLARITE. LA PRESCRIPTION D'ANTIDEPRESSEUR SERA FAITE SOUS SURVEILLANCE ET SE LIMITERA DANS LA DUREE ET LA DOSE. CERTAINS ANTIDEPRESSEURS (TRICYCLIQUES) SERONT PROSCRITS ET LA MISE SOUS THYMOREGULATEUR DOIT ETRE DISCUTEE EN MILIEU SPECIALISE.

6. LES FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE

Le thème du suicide doit être abordé ouvertement avec tout adulte ou adolescent dépressif. L'estimation du risque suicidaire peut être faite par plusieurs moyens cliniques ou échelles psychométriques. L'outil **R.U.D** est simple et rapide. Il permet l'évaluation de trois composantes essentielles :

- 1) Le Risque suicidaire (R)
- 2) L'Urgence de la menace (U)
- 3) la Dangerosité du scénario suicidaire (D).

6.1. Le Risque :**-Les Facteurs liés au patient déprimé**

- Sexe masculin (le sexe féminin est associé à plus de tentatives de suicide)
- Age : les adolescents et les sujets âgés ont un risque plus élevé de suicide
- Certaines maladies physiques associées, résultant en des atteintes fonctionnelles, préjudice esthétique ou douleurs chroniques
- La prise de substances entraîne à la fois désinhibition, déficits cognitifs, symptômes anxieux et/ou psychotiques
- Histoire familiale de suicide et antécédents personnels de Tentatives de suicide surtout chez les adolescents où 40% des décès par suicide ont été précédés d'antécédents. Plus l'antécédent est grave, plus le risque est élevé
- Impulsivité ou comorbidité avec des troubles de la personnalité

-Les Facteurs liés à l'environnement

- Facteurs de stress surtout chez les jeunes adolescents (moins de 14 ans)
- Absence de soutien de la famille ou des amis avec rejet par une personne importante, ruptures, environnement hostile ou relations sociales pauvres
- Médiatisation du suicide, avec description détaillée et présentation des suicidés comme des héros (impact majeur chez les adolescents)
- Accessibilité du moyen suicidaire et obstacles aux soins

-Les Facteurs liés à l'épisode dépressif

Au cours d'un épisode dépressif majeur, les facteurs qui augmentent le risque suicidaire sont liés à la nature et à la sévérité de l'épisode

- Intensité sévère avec présence de désespoir qui est constitué d'attentes négatives de soi-même, des autres et du futur. Pour un désespéré, le suicide est perçu comme un dernier recours
- Caractéristiques mélancoliques avec notamment la présence de douleur morale avec idées d'indignité et de culpabilité
- Composante anxieuse qui réduit et parfois fait disparaître le ralentissement psychomoteur, ce qui fait suspecter un passage à l'acte impulsif
- Présence de caractéristiques psychotiques (dépression délirante)

6.2. L'Urgence :

Il s'agit de l'évaluation clinique de la probabilité de passer à l'acte suicidaire dans les prochaines 48 heures. Elle se base sur l'évaluation de la présence d'idées suicidaires, sur leur intensité, sur la présence scénario avec imminence du passage à l'acte. Au fur et à mesure que la personne va ruminer ses idées suicidaires, l'éventail de solutions possibles va se rétrécir jusqu'à ce que la personne va finir par concevoir dans le suicide comme la seule solution pour mettre fin à son désarroi et à sa souffrance.

L'urgence suicidaire est considérée comme *faible* lorsque la personne pense au suicide, mais qu'elle n'a pas de scénario précis, et peut trouver une alternative pour faire face à sa souffrance. L'urgence est *moyenne* quand un scénario est envisagé, mais qu'il est décalé dans l'avenir ou imprécis, tandis que l'urgence est *élevée* lorsque la planification suicidaire est claire, avec un passage à l'acte programmé pour les jours ou même les heures à venir.

6.3. La Dangerosité :

L'estimation du danger suicidaire se réfère au potentiel de létalité des moyens à disposition (par exemple : armes à feu, certains médicaments, raticide..), ainsi qu'à la facilité ou la

difficulté d'accès à ces moyens (disponibilité à domicile ou sur le lieu de travail) ou si la personne a fait des démarches pour s'en procurer.

7. LE DIAGNOSTIC POSITIF D'UN EPISODE MANIAQUE

7.1. Le Syndrome Maniaque

7.1.1 Exaltation de l'humeur

Une hyperthymie expansive

Il existe un sentiment d'euphorie de gaieté exagérée, de bien-être extraordinaire et un enthousiasme intense. Mais cette tonalité affective est instable, fluctuante et labile : le patient passe des éclats de rire et de la joie aux larmes et l'euphorie peut rapidement faire place à l'irritabilité, la colère, la rage, voire la fureur.

Une vision exagérément positive de soi

Le patient exprime des idées de grandeur et s'attribue toutes les qualités (intelligence, charme, beauté, séduction), tous les dons (éloquence, créativité etc.), voire, des diplômes et fonctions qu'il ne possède pas (doctorat, brevet d'invention, missions spéciales etc.).

Une vision exagérément positive de l'avenir

Le maniaque est envahi par un optimisme démesuré ; il a plein de projets grandioses, est prêt à tout entreprendre et à tout réussir, dans un avenir radieux.

Une vision exagérément positive du monde

Au début de l'accès, le monde semble plein d'opportunités, de richesses, de beauté et de plaisirs inépuisables ; le sujet a soif de rencontres et multiplie les contacts sociaux. Il a le contact facile, il est familier avec tout le monde et généreux de sa personne comme de son argent qu'il dépense souvent de façon inconsidérée. Mais, à la longue, l'environnement devient hostile et l'euphorie se transforme en agressivité.

7.1.2 Excitation psychique

Elle s'exprime par une accélération du fonctionnement mental (tachypsychie) que se traduit par un emballement de la pensée, un langage continu, logorrhéique (parfois intarissable); la pensée et le discours du maniaque donnent l'impression de l'incohérence, en fait, un fil conducteur existe. L'association des idées est superficielle et fragile. Elle s'établit par assonances, rimes et slogans. Ce qui caractérise le maniaque, c'est la fuite des idées, il s'agit d'une véritable "volatilité" des idées. Le contenu du discours peut être riche en jeux de mots, plaisanteries et citations et prend donc une dimension ludique.

L'attention volontaire est quasi impossible, le maniaque est en distraction perpétuelle due à l'éparpillement de l'attention spontanée. Il est incapable de faire un choix et réagit à toutes les sollicitations extérieures.

Les perceptions et l'orientation restent relativement bien conservées, mais sans recherche de conduites adaptées.

L'hypermnésie participe à l'excitation psychique générale surtout dans ses modalités d'évocation et de reproduction automatique. Les souvenirs sont évoqués au cours de la crise avec beaucoup de détails : des textes appris par cœur par exemple sont récités abondamment.

L'imagination est aussi exaltée et peut de ce fait aboutir à des productions imaginatives pseudo-délirantes : idées d'invention, de grandeur, auxquelles le malade ne croit pas sérieusement

7.1.3 Excitation motrice

Elle est caractérisée par la dimension ludique (jeu) : le maniaque est instable, ne tient pas en place, il peut déplacer les objets, passer d'un endroit à l'autre pratiquement sans arrêt.

La résistance physique est souvent surprenante, compte tenu de l'intensité des efforts déployés et de l'énergie dépensée (il semble infatigable, inépuisable)

Cette activité débordante peut le mener à des excès et le pousser à des activités dangereuses, tapageuses ou scandaleuses.

7.1.4 Excitation instinctuelle

Des conduites de désinhibition sexuelle peuvent se voir génératrices parfois d'exhibitionnisme, d'actes médicolégaux à type d'outrage ou d'attentat à la pudeur.

Une insomnie sévère se voit sans sensation de fatigue.

La faim et la soif sont augmentées mais sans prise de poids.

7.2 Les Critères Diagnostiques (selon le DSM 5)

D'un épisode maniaque :

- (A) Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante ou humeur expansive ou irritable et associée à une augmentation de l'activité orientée vers un but ou à un niveau d'énergie anormal et persistant et présent la plupart du temps tous les jours pendant au moins une semaine ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire
- (B) Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et de l'augmentation de l'activité ou de l'énergie au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable)

sont présents à un degré significatif et représentent un changement par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
2. Réduction du besoin du sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les idées défilent
5. Distractibilité (p.ex. ; l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importances ou insignifiants) observée ou rapportée
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p.ex., la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

(C) La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

(D) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale

N.B : Un virage maniaque induit par un traitement antidépresseur (médicamenteux ou électroconvulsivothérapie) et qui persiste à un niveau symptomatique dépassant l'effet physiologique de ce traitement est une preuve suffisante d'un épisode maniaque et par conséquent du diagnostic de trouble bipolaire I

D'un épisode hypomaniaque :

(A) Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante ou humeur expansive ou irritable et associée à une augmentation de l'activité orientée vers un but ou à un niveau d'énergie anormal et persistant et présent la plupart du temps tous les jours pendant au moins 4 jours consécutifs

(B) Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et de l'augmentation de l'activité ou de l'énergie au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présent à un degré significatif et représentent un changement par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
2. Réduction du besoin du sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les idées défilent
5. Distractibilité (p.ex. ; l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importances ou insignifiants) observée ou rapportée
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p.ex., la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

(C) L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

(D) La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

(E) La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

(F) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale

N.B : Un épisode d'allure hypomaniaque qui apparait au cours d'un traitement antidépresseur (médicamenteux ou électroconvulsivothérapie) et qui remplit les critères complets au-delà du simple effet physiologique doit être diagnostiqué comme tel. Toutefois, la prudence s'impose car un ou 2 symptômes, en particulier (irritabilité, nervosité ou agitation) ne suffisent pas à eux seuls pour établir le diagnostic d'épisode hypomaniaque et encore moins de trouble bipolaire.

7.3 Les spécifications diagnostiques

Sévérité (idem EDM)

- Léger : 2 symptômes ; l'intensité est importante mais gérable, l'altération du fonctionnement social ou professionnel est mineure)
- Moyen : 3 symptômes
- Sévère : 4 ou 5 symptômes; l'intensité est importante et impossible à gérer, les symptômes interfèrent avec le fonctionnement

Avec caractéristiques psychotiques : congruentes ou non congruentes à l'humeur

Avec anxiété (idem EDM)

Avec caractéristiques mixtes :

A. L'ensemble des critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque sont réunis et sont associés à au moins 3 des symptômes suivants

1. dysphorie ou humeur dépressive
2. Diminution de l'intérêt ou du plaisir
3. Ralentissement psychomoteur psychomoteur
4. Fatigue ou perte d'énergie.
5. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (
6. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes ou tentative de suicide

B. Ces symptômes ont été observés par les autres et représentent un changement par rapport au fonctionnement habituel du sujet.

C. Si tous les critères de manie et de dépression sont associés, le diagnostic d'épisode maniaque avec caractéristique mixtes est porté.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance

Avec apparition en péripartum : (idem EDM)

Avec caractéristiques catatoniques : (idem EDM)

8. LES DIFFERENTES FORMES CLINIQUES DE L'ACCÈS MANIAQUE

8.1. La manie aiguë ou suraigüe ou furieuse : fureur maniaque

Elle est caractérisée par une agitation motrice extrême pouvant atteindre un état de fureur clastique. A ce niveau les jeux et les plaisanteries sont remplacés par des propos violents et des exigences forcenées de reconnaissance de droits et l'affirmation orgueilleuse et impérieuse de supériorité.

Cette forme est redoutable, vu le retentissement sur l'état général et le potentiel élevé de dangerosité.

8.2. La manie délirante :

Elle correspond à l'Episode Maniaque avec Caractéristiques psychotiques dans le DSM 5.

Le délire apparaît après les symptômes thymiques.

La thématique est le plus souvent congruente à l'humeur, mégalomaniacale, de grandeur et de toute puissance

Le mécanisme est interprétatif, imaginatif, rarement hallucinatoire. Ces idées délirantes soumises aux fantaisies imaginaires sont fluctuantes et non systématisées.

Parfois la thématique peut devenir non congruente à l'humeur avec apparition d'idées de persécution et de référence

De manière générale, le délire chez le maniaque est plus verbal qu'agi, plus variable et fugace que rationnel et structuré, les revendications sont mobiles et provisoires.

8.3. La manie confuse :

Elle associe des éléments confusionnels et se voit surtout chez le sujet âgé (il faut éliminer l'organicité).

8.4. La manie catatonique :

Elle correspond à l'épisode maniaque avec caractéristiques catatoniques.

9. LE DIAGNOSTIC POSITIF D'UN TROUBLE BIPOLAIRE I ET II**1. Trouble bipolaire I**

Caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques. La présence d'épisodes dépressifs n'est pas nécessaire pour porter ce diagnostic.

Exclusion:

- Trouble de l'humeur induits par une substance ou dus à une affection médicale
- Les épisodes thymiques ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un trouble psychotique non spécifié

2. Le trouble bipolaire II

Il est caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque. L'absence de tout épisode maniaque est essentielle pour porter le diagnostic d'un trouble bipolaire II.

Exclusion:

- Troubles de l'humeur induits par une substance ou dus à une affection médicale

- Les épisodes thymiques ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un trouble psychotique non spécifié

Il faut noter que les sujets présentant un trouble bipolaire II peuvent ne pas ressentir les épisodes hypomaniaques comme pathologiques. Il importe alors de s'en informer au près de son entourage proche.

10. LES MODALITÉS ÉVOLUTIVES ET LES COMPLICATIONS DES TROUBLES BIPOLAIRES

10.1 Les modalités évolutives

10.1.1 Evolution de l'accès maniaque :

En l'absence de tout traitement, il dure de 4 à 8 mois.

Sous traitement, il dure 3 à 6 semaines : la composante délirante disparaît en premier, puis l'excitation, la logorrhée et enfin la dispersion de l'activité.

La normalisation du sommeil est un bon critère de guérison.

10.1.2 EVOLUTION du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une maladie épisodique avec des récurrences et des intervalles libres. La durée des épisodes est variable. La durée des épisodes dépressifs est souvent supérieure à celle des phases maniaques.

La récurrence des épisodes thymiques augmente avec le nombre d'épisodes antérieurs.

La fréquence des épisodes est variable, elle croît durant les dix premières années d'évolution avant d'atteindre un plateau. La fréquence et la longueur des intervalles est variable. Ils se réduisent de plus en plus avec l'évolution de la maladie du fait de l'augmentation de la fréquence des accès et du prolongement de leur durée.

Il existe une stabilité diagnostique concernant les TBI et TBII.

5 à 10% des patients évoluent vers un trouble bipolaire à cycles rapides (plus de 4 épisodes par an). Cette évolution est facilitée par la prescription d'antidépresseurs.

Caractère saisonnier :

- les cycles peuvent subir des influences saisonnières.
- Il s'agit, typiquement, d'accès dépressifs à l'autonome avec rémission ou transformation en un accès maniaque au printemps.
- Ces troubles à caractère saisonnier sont plus fréquents chez les femmes et dans les pays nordiques.

Cas particulier du Trouble Bipolaire II (TB II) :

Par rapport au TBI, le TBII présente les caractéristiques suivantes :

- un âge de début plus ~~précoce~~ **TARDIF**
- les femmes sont plus concernées
- plus de récurrences, plus de chronicité et des rémissions plus faibles : la moitié de leur vie est symptomatique, la durée des symptômes dépressifs est nettement plus longue que celle des symptômes hypomaniaques
- des hospitalisations plus fréquentes et plus de conduites suicidaires en rapport avec les épisodes dépressifs
- plus de comorbidités : abus de substance, troubles anxieux, trouble de personnalité.

10.2 Complications**Le suicide :**

C'est la complication la plus redoutable. Ce risque est estimé de 15-20% pour les sujets non traités.

Dans le trouble bipolaire, la majorité des suicides se font lors d'épisodes dépressifs. Cependant, le risque suicidaire est plus important dans le Trouble bipolaire que dans le trouble dépressif majeur.

Ce risque est augmenté :

- en début d'évolution
- dans les formes à début précoce
- lors des épisodes dépressifs, des épisodes avec caractéristiques mixtes ou psychotiques, des virages maniaque sous antidépresseurs.
- lors des TBII, des TB à cycles rapides
- par une histoire familiale de conduites suicidaires
- par la comorbidité avec des troubles anxieux, des conduites addictives, un trouble de la personnalité (impulsive)
- par une situation familiale, sociale ou professionnelle difficile
- Lors d'antécédents personnels de tentatives de suicide

Les problèmes médico-légaux :

L'épisode maniaque est le plus pourvoyeur d'actes médico-légaux (AML). Ceci est facilité par l'excitation, la labilité de l'humeur, les idées de grandeur, la transgression des interdits, la levée des inhibitions sociales.

Ces AML sont de 3 types :

- financiers (chèques sans provision, escroquerie)
- conduites sexuelles à risque
- et les actes de rébellion au travail.

Les conduites addictives :

Les facteurs de risque de cette complication sont :

- âge de début précoce du TB
- des accès thymiques plus importants en nombre et en durée
- la fréquence plus importante d'épisodes dépressifs, d'épisodes avec caractéristiques mixtes, et de cycles rapides.

Le risque suicidaire, de violence et d'impulsivité est plus important

Les problèmes professionnels : démissions irréfléchies, licenciements, absentéisme,

Les problèmes conjugaux : divorces, séparations (par intolérance du conjoint ou par décision irréfléchie)

11. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DES TROUBLES BIPOLAIRES

11.1 Diagnostic différentiel des accès maniaques

11.1.1 Les manies secondaires

- A une pathologie organique

Le diagnostic se base dans ces cas sur les ATCD du patient, l'examen clinique et des examens complémentaires Il faut toujours évoquer l'organicité lorsque la symptomatologie maniaque apparaît la 1^{ère} fois à un âge avancé (>60 ans)

Généralement, il existe une note confusionnelle avec des signes somatiques.

Les étiologies peuvent être d'origine :

- Neurologique : tumeur cérébrale (frontale++), démence syphilitique, épilepsie, sclérose en plaque, traumatisme crânien, lésions vasculaires (anévrisme, hématome, AVC..)
- Endocriniennes : hyperthyroïdie, hypo ou hyperparathyroïdie, maladie de Cushing, phéochromocytome
- Affections métaboliques : maladie de Wilson, insuffisance rénale chronique et hémodialyse.
- Maladie de système : Lupus érythémateux disséminé

- A une prise de substance

*Toxiques : amphétamine, cocaïne, morphine, alcool.

*Médicaments : antidépresseurs, INH, corticoïde, lévodopa, bromocriptine

11.1.2 La confusion mentale

En faveur de la confusion mentale

- L'absence d'ATCD de troubles thymiques
- L'altération de l'état général, la désorientation temporo-spatiale
- L'angoisse et la perplexité
- Les hallucinations visuelles et le délire onirique
- Les signes somatiques

11.1.3 La BDA :

La présence de troubles thymiques et surtout d'une humeur exaltée, labile et fluctuante est fréquente au cours de la BDA.

En faveur de la BDA :

- absence d'ATCD familiaux et personnels de troubles de l'humeur
- prédominance et antériorité du délire par rapport aux troubles thymiques dans la BDA
- Richesse et polymorphisme du délire

11.2. Diagnostic différentiel des troubles bipolaires

11.2.1 Le trouble schizo-affectif (TSA)

Ici, le diagnostic différentiel se pose surtout avec le TB avec caractéristiques psychotiques.

Le TSA se caractérise par la coexistence de symptômes schizophréniques et thymiques lors des accès et des intervalles de mauvaise qualité avec persistance de symptômes psychotiques atténués avec un mauvais fonctionnement social alors que dans le TB, au cours des intervalles, tous les symptômes thymiques et psychotiques disparaissent avec reprise du fonctionnement socio-professionnel prémorbide.

Le diagnostic différentiel se base sur les éléments suivants :

Les antécédents familiaux : dans le TSA, on a plus fréquemment des ATCD familiaux de schizophrénie

Clinique : dans le TSA, présence de symptômes dissociatifs au cours des accès et persistance de symptômes psychotiques atténués entre les épisodes.

11.2.2 Trouble délirant

Les périodes florides des délires passionnels s'accompagnent souvent d'une exaltation de l'humeur et peuvent être confondues avec des accès maniaques.

Certains éléments permettent d'être en faveur de trouble délirant : l'âge de début tardif, le caractère chronique et bien structure du délire, l'adhérence totale du patient à celui-ci et l'absence totale de ludisme et d'hyper syntonie.

11.2.3 Trouble de la personnalité borderline

Il s'agit d'un mode général et persistant d'instabilité dans les relations, dans les affects et dans l'image de soi.

Dans ce cas :

-Il n'y a pas de cassure avec l'état antérieur

-L'humeur est labile, instable, avec réactivité marquée lors d'un facteur de stress ou d'une situation d'abandon

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec le TB II.

12. TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS

Le choix des moyens et des modalités thérapeutiques se fait en fonction d'une évaluation globale qui tient compte de l'âge du patient, de ses antécédents, de la nature et l'intensité du tableau clinique et du degré de l'urgence.

12.1. Les moyens thérapeutiques

a-Hospitalisation

Différentes modalités sont possibles : libre, à la demande d'un tiers ou d'office

L'hospitalisation est indiquée :

- En 1ère intention :
 - Mélancolie, forme délirante
 - Risque suicidaire
 - Forme comorbide (alcool, toxicomanie)
 - Soins somatiques nécessaires
 - Pas de soutien solide et permanent
- En 2ème intention : en cas de résistance

b-Moyens thérapeutiques

Les Antidépresseurs

Ce sont des psychotropes capables de redresser l'humeur dépressive et parfois de l'inverser en humeur euphorique. Ils constituent le traitement de première intention des états dépressifs quelle qu'en soit la forme étiologique.

Règles de prescription

- La majorité des antidépresseurs sont administrés par voie orale et à doses progressives. Certains existent sous forme injectable et sont administrés en perfusion, ce qui constitue un effet bénéfique lors de la première semaine de traitement (Clomipramine, Amitriptyline).
- La co-prescription de deux ou plusieurs antidépresseurs est exceptionnelle car peu d'intérêt prouvé et surtout risque d'effets secondaires surajoutés.

Différents types

Les tricycliques restent la référence en terme d'efficacité. Les ISRS et les IRSNA sont plus tolérés et ont une efficacité de plus en plus comparable. Les IMAO sont peu utilisés à cause de leurs effets indésirables et de leurs interactions avec plusieurs médicaments.

- Antidépresseurs tricycliques : Clomipramine (Anafranil*) ; Amitriptyline (Elavil* et Laroxyl*) ; Imipramine (Tofranil*)
- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : Fluoxétine; Paroxétine; Sertraline; Fluvoxamine; Citalopram et Escitalopram
- Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) : Venlafaxine (Effexor*) et Milnacipran (Ixel*).
- Inhibiteurs de la mono-amine-oxydase (IMAO) : Toloxatone (Humoryl*)
- Autres antidépresseurs : Maprotiline (Ludiomil*) ; Tianeptine (Stablon*)

Les autres médicaments

En fonction du tableau clinique, les antidépresseurs peuvent être associés aux :

Anxiolytiques : au début du traitement (anxiété, insomnie, levée de l'inhibition)

Neuroleptiques sédatifs: Chlorpromazine (Largactil*), Levomepromazine (Nozinan*), dans certaines formes de mélancolie (anxieuses et délirantes).

Thymorégulateurs : dépressions bipolaires et dépressions résistantes

Les autres moyens thérapeutiques

Electoconvulsivothérapie (ECT) : Prescrite soit en deuxième intention, après échec du traitement antidépresseur, soit en première intention en cas de :

- Mélancolie délirante ou avec une composante motrice marquée : ralentissement important ou agitation (haut risque suicidaire).
- Dépression du sujet âgé (résistance aux Antidépresseurs)
- Dépressions de la femme enceinte devant le risque tératogène des médicaments

Photothérapie : Elle consiste en une cure d'exposition à une source de lumière blanche, présentée à courte distance et durant des heures fixes de la journée. Elle est indiquée dans les dépressions saisonnières.

Psychothérapies

- De soutien (non structurée) : dédramatiser la situation, faire comprendre au patient son trouble et améliorer son adhésion à la prise en charge.
- Psychothérapie interpersonnelle : consiste à amener le patient à trouver des moyens de résoudre ses difficultés relationnelles, et à mieux comprendre son environnement et à le maîtriser.
- Psychanalytique : dépression survenant sur une personnalité pathologique de type hystérique, phobique ou obsessionnelle.
- Cognitive : prendre conscience des distorsions cognitives et les corriger.
- Comportementale : faciliter la reprise d'une activité motrice et intellectuelle normale quand elle est introduite au bon moment.

12.2. Les modalités thérapeutiques

a- Traitement curatif de l'épisode dépressif majeur

Le traitement médicamenteux repose sur les antidépresseurs

Les antidépresseurs de deuxième génération (ISRS et IRSNA) sont préférés en première intention du fait de leur absence d'effets secondaires et de leur plus faible toxicité en cas d'ingestion massive. Ils se prescrivent à raison d'un à deux comprimés par jour. Les Tricycliques peuvent être prescrits aussi à doses progressivement croissantes jusqu'à 75 à 150 mg par jour. Ils sont particulièrement utiles, ainsi que les IRSNA, dans les dépressions mélancoliques.

Un anxiolytique ou un neuroleptique sédatif est souvent associé en début de traitement pour réduire l'anxiété (dans les formes anxieuses), corriger l'insomnie et prévenir le risque de passage à l'acte suicidaire par levée de l'inhibition (qui survient vers le 10^{ème} jour du traitement).

Les psychothérapies constituent le traitement de choix, dans les dépressions sans caractéristiques mélancoliques, en association avec les antidépresseurs. Il s'agit de psychothérapie de soutien associée ou non à des techniques plus structurées.

Durée du traitement : 06 à 09 mois après la rémission

b- Le traitement préventif du Trouble dépressif majeur récurrent

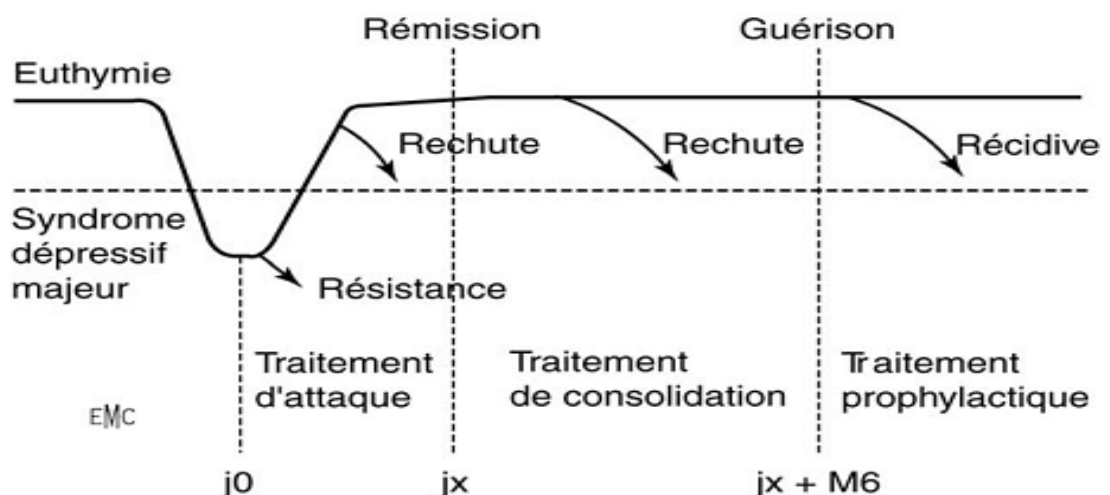
Dans les dépressions récurrentes, il faut instaurer un traitement prophylactique qui vise la disparition des accès, sinon leur espacement et/ou leur atténuation.

Les antidépresseurs : Habituellement, c'est l'antidépresseur efficace sur les épisodes dépressifs qui est maintenu à la même dose.

Les autres modalités thérapeutiques

- Le lithium est moins efficace que les antidépresseurs dans la prévention des récurrences dépressives. Il est donc indiqué en deuxième intention.
- Les ECT de maintenance constituent une alternative devant des dépressions fréquentes et invalidantes malgré un traitement bien conduit.
- Certaines psychothérapies (surtout les thérapies cognitives, comportementales ou interpersonnelles) ont montré leur efficacité

c- Etape de la prise en charge



3 phases du traitement sont décrites :

Phase aiguë : traitement d'attaque

Dont le but est d'obtenir la rémission la plus complète possible, la prescription de l'antidépresseur doit durer 4-6 semaines

Phase de consolidation : traitement de consolidation

Son but est d'éviter les rechutes, il s'agit de prescrire le même antidépresseur de la phase d'attaque en cas d'efficacité et avec les mêmes doses, sa durée est de 6 mois

Le traitement d'attaque et le traitement de consolidation sont indiqués dans le traitement de tout épisode dépressif majeur

Phase prophylactique ou de maintenance

Le but est ici de prévenir les récurrences. Il s'agit de maintenir le même antidépresseur que la phase précédant (phase de consolidation) et avec les mêmes doses sur une durée minimale de 1 à 2 années

Le traitement de maintenance n'est pas indiqué dans le traitement de tout épisode dépressif majeur contrairement aux 2 phases précédentes, il n'est indiqué que dans le traitement du trouble dépressif récurrent (défini à partir de la survenue d'un 2ème épisode dépressif majeur). Un traitement de maintenance est donc indiqué au cas de :

- 2ème épisode dépressif majeur rapprochés sévère
- ATCD Familiaux thymique
- Comorbidité anxieuse

S'il s'agit du 3ème épisode dépressif majeur, la durée du traitement est de 5 ans, minimum

13. LE TRAITEMENT DU TROUBLE BIPOLAIRE

Le choix des moyens et des modalités thérapeutiques se fait en fonction de l'âge du patient, de ses antécédents, de la nature de la symptomatologie, du degré d'urgence, de la nature du trouble et de la polarité prédominante (maniaque ou dépressive) du trouble.

13.1. Les moyens thérapeutiques

Les thymorégulateurs

Ce sont des psychotropes permettant de réduire la fréquence, la durée, et l'intensité des épisodes thymiques, et d'améliorer la qualité des intervalles libres. Ils constituent la pierre angulaire du traitement des troubles bipolaires.

Il en existe différents types :

- Les sels de lithium : (Téralithe*) : chef de file des thymorégulateurs
- Les anticonvulsivants :
 - Le valproate (Dépakine*) et Valproamide (Dépamide*)
 - La lamotrigine : (Lamictal*)
 - La carbamazépine (tégrétol*)
- Les antipsychotiques :

Récemment, il a été démontré que certains antipsychotiques de seconde génération ont des vertus thymoragulatrices tels la quétiapine (Séroquel*), l'olanzapine (Zyprexa*, Vaincor*), l'aripiptazole (Abilify*) et la rispéridone (Risperdal*).

Les anxiolytiques :

Ils sont utilisés à visée sédatrice. Le Clonazépam (Rivotril) a même montré une action antimaniaque ainsi que le Lorazépam (Temesta)*.

Les antipsychotiques :

Hormis certains antipsychotiques qui ont une action thymorégulatrice. D'autres antipsychotiques, notamment première génération, sont utilisés à but sédatif dans les épisodes maniaques notamment dans les formes très agitées ou délirantes tels que la chlorpromazine et l'halopéridol (Haldol*). Ils ont l'avantage d'avoir un délai d'action rapide.

Les antidépresseurs :

Ils doivent être maniés avec beaucoup de précaution vu le risque accru de virage maniaque. Ils sont à préconiser dans les dépressions bipolaires sévères avec une couverture par un thymorégulateur.

L'électroconvulsivothérapie :

Prescrite soit en deuxième intention, après échec du traitement thymorégulateur, soit en première intention en cas de :

- Manie agitées et furieuses
- Manie et dépression délirantes
- Manie confuse

Les psychothérapies :

- Il s'agit principalement d'une psychoéducation du patient et de sa famille : expliquer la maladie et la nécessité du traitement pour obtenir une bonne alliance thérapeutique et assurer une bonne observance thérapeutique.

Le médecin doit également insister sur les règles hygiéno-diététiques :

- Eviction des substances toxiques (alcool, cannabis, autres toxiques)
- Eviction ou diminution des excitants (café, thé, tabac, amphétaminiques)
- Eviction de certains traitements médicamenteux (corticoïdes)
- Bonne régularité des cycles veille-sommeil (éviter les nuits blanches et les décalages de phase)
- Aménagement de l'environnement (travail, loisirs...) pour une meilleure gestion des facteurs de stress

- D'autres psychothérapies plus structurées peuvent être proposées telles que :
 - La psychothérapie, centrée sur la gestion du stress.
 - La thérapie comportementale et cognitive : surtout dans la dépression

13.2. Les modalités thérapeutiques

Traitement curatif de l'épisode maniaque

C'est une urgence thérapeutique. L'hospitalisation est obligatoire. Elle peut se faire sous le mode libre ou sous contrainte.

Elle permet de protéger le patient contre d'éventuels Actes médico-légaux.

Elle permet d'instaurer le traitement s'il s'agit d'un premier accès et de l'imposer en cas de refus.

Les sels de lithium sont utilisés de première intention sauf contre-indication en association aux antipsychotiques pour gérer l'agitation.

A la chimiothérapie, on adjoint les mesures psychoéducatives et les règles hygiéno-diététiques.

Traitement curatif de l'épisode dépressif :

L'hospitalisation est souvent nécessaire

Le traitement de choix est un thymorégulateur en monothérapie.

Le lithium est indiqué en 1^{ère} intention mais il est moins efficace sur les épisodes dépressifs par rapport aux épisodes maniaques.

Récemment, on a montré un intérêt particulier de la lamotrigine et de laquétiapine dans les dépressions bipolaires en 1^{ère} intention.

L'Antidépresseur est recommandé dans les accès sévères ou résistants, toujours sous couverture d'un thymorégulateur vu le risque de virage ou d'aggravation vers une forme à cycles rapides.

Traitement préventif du trouble bipolaire :

L'objectif du traitement prophylactique est de diminuer les rechutes, les symptômes inter-critiques, le risque suicidaire, la fréquence des cycles et l'instabilité de l'humeur, mais aussi plus globalement d'améliorer la qualité de vie des patients.

En premier lieu, on privilégie une monothérapie par un thymorégulateur, en conservant celui qui s'est avéré efficace pendant la phase aiguë.

Le lithium est le traitement de première ligne. En cas d'intolérance, de contre-indication au lithium, un autre TR doit être envisagé.

Le traitement médicamenteux doit toujours être associé aux mesures psychoéducatives et sociales.

14. LES ELEMENTS DE SURVEILLANCE

14. 1. Surveillance des Thymorégulateurs

Le délai d'action d'un thymorégulateur ne s'observe qu'au bout de 2 à 3 semaines.

L'efficacité curative ne s'évalue qu'après une période minimale de 5 semaines. L'efficacité préventive ne peut s'évaluer que sur une période d'un ou de deux ans en prise régulière.

- Surveillance des sels de lithium

Il est préférable d'instaurer le traitement dans le cadre d'une hospitalisation.

Un examen clinique complet doit être effectué. Des examens paracliniques doivent également être demandés avec ECG, EEG, NFS, ionogramme sanguin, glycémie, urée, la clairance de la créatinine, TSH ultrasensible, protéinurie de 24H, β HCG.

La fourchette thérapeutique est située entre 0,6 et 1,2 mmol/L. Une fois la dose thérapeutique est atteinte, il convient de surveiller la lithémie tous les 3 mois.

Le régime alimentaire doit être normosodé (pas de régime sans sel).

Une surveillance clinique s'impose: poids, troubles digestifs, sédation, goitre thyroïdien, signes d'hypothyroïdies, soif, polyurie, manifestations cutanées doit être régulière. En outre, il faut contrôler la créatininémie/ 6 mois et faire un dosage de la TSH ultra-sensible, NFS, ionogramme, et un ECG / an.

- Surveillance des anticonvulsivants :

Valproate et carbamazépine

Un bilan pré thérapeutique est nécessaire comprenant : un examen clinique complet et un bilan biologique : NFS, bilan de coagulation, β HCG et un bilan hépatique.

La fourchette thérapeutique du valproate se situe entre 50 et 100 mg/l et celle de la carbamazépine entre 5 et 12 mg/l.

Il convient de surveiller la tégrétolémie ou la dépakinémie tous les 3 mois et le bilan hématologique et hépatique tous les 3 à 6 mois.

- Surveillance des antipsychotiques atypiques (APA)

Un examen clinique complet doit être réalisé avant l'instauration du traitement avec pesée, prise de la tension artérielle et ECG.

L'effet indésirable le plus fréquent des antipsychotiques atypiques étant le syndrome métabolique, il convient donc de surveiller le poids, la tension artérielle et de faire un bilan métabolique en cas de signes d'appel.

14. 2. Surveillance des Antidépresseurs

L'effet antidépresseur ne s'observe qu'au bout de 10 à 15 jours du traitement. Un antidépresseur est considéré comme inefficace si, à dose adéquate, il n'y a aucune amélioration après 6 semaines, ou si l'amélioration reste partielle après 8 à 12 semaines de traitement. Les antidépresseurs doivent être maintenus au moins 6 mois après la rémission en cas d'un premier EDM, plus longtemps en cas de récurrence afin d'éviter les rechutes.

Avant d'instaurer un traitement antidépresseur, il convient de faire un examen clinique complet et un ECG avant de prescrire un antidépresseur tricyclique chez les sujets de plus de 50 ans. (CI si glaucome adénome de la prostate, troubles du rythme cardiaque)

La surveillance concerne :

- L'évolution de la symptomatologie dépressive en portant une attention particulière au risque de levée d'inhibition qui augmente le risque suicidaire (vers le 10^{ème} jour).
- L'éventuelle survenue d'effets indésirables surtout cardiovasculaires (hypotension orthostatique) ; sécheresse de la bouche et tremblements pour les antidépresseurs tricycliques. Les ISRS sont mieux tolérés. Leurs effets indésirables sont plus rares et moins invalidants.
- L'éventuelle survenue de signes de virage maniaque.

Annexe I

Tableau **DCI** : dénomination commune internationale ; **ISRS** : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. **IRSN** : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. **TOC** : trouble obsessionnel compulsif ; **TP** : trouble panique ; **PS** : phobie sociale ; **TAG** : trouble anxieux généralisé ; **ESPT** : état de stress post-traumatique ; **PRD** : prévention des récives dépressives ; **IMAO** : inhibiteur de la monoamine oxydase. * Non encore commercialisé.

CLASSE	NOM	DCI	DOSE EFFICACE	DOSE MAX	AUTRES AMM	EFFETS INDÉSIRABLES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI
■ ISRS	Prozac	fluoxétine	20	60	TOC	Troubles digestifs, troubles sexuels céphalées	Prescription au mineur à réserver au spécialiste Risque d'hyponatrémie chez le sujet âgé Ne pas associer aux IMAO
	Floxyfral	fluvoxamine	50	300	TOC		
	Deroxat	paroxétine	20	50	TP, PS, TAG, ESPT, TOC		
	Divarius						
	Zoloft	sertraline	50	200	PRD, TOC		
	Seropram	citalopram	20	60	TP		
	Seroplex	escitalopram	10	20	TP, PS, TAG, TOC		
■ IRSN	Ixel	milnacipran	100			Troubles digestifs, hypersudation, hypertension artérielle, dysurie	
	Effexor	venlafaxine	75	225	PS, TAG, PRD		
	Cymbalta	duloxétine	60	120			
■ Tricycliques	Laroxyl	amitriptyline	75	150		Syndrome anticholinergique (constipation, sécheresse buccales, dysurie, tachycardie) hypotension orthostatique, sédation, trouble sexuel, prise de poids	Contre-indiqué en cas de risque de glaucome aigu, de rétention urinaire ou d'infarctus du myocarde Électrocardiogramme systématique La survenue de crise convulsive impose l'arrêt du traitement
	Anafranil	clomipramine	75	150	TOC, TP		
	Defanyl	amoxapine	100	400			
	Ludiomil	maprotiline	75	150			
	Prothiaden	dosulépine	75	150	20		
	Quitaxon	doxépine	10	300			
	Surmontil	trimipramine	75	150			
■ IMAO ■ IMAO A	Tofranil	imipramine	75	150		Hypotension orthostatique, crise hypertensive Céphalées, vertiges	Limiter fromage fermenté et vin rouge, surveiller la pression artérielle
	Marsilid	iproniazide	50	150			
	Moclamine	moclobémide	300	600			
■ Autres	Athymil	miansérine	30	90		Sédation, prise de poids	
	Norset	mirtazapine	15	45			
	Stablon	tianeptine	37,5	37,5			
	Valdoxan*	agomélatine	25	50			

Le lithium : traitement de référence de l'épisode manique et de la prévention des récurrences

indications	Traitement de la manie aiguë Episode dépressif bipolaire Prévention des récurrences bipolaires (effet sur 1 à 2ans) TSA
Action dans	Protection du risque suicidaire Effet neuroprotecteur Réponse dans 65% des cas
Contre indication (relatives)	Régime sans sel, hyponatrémie, dyskalemie, déshydrations, antécédents d'AVC, IH, IR, IC, coronaropathies grave, tr du rythme, grossesse, hypothyroïdie
Bilan pretherapeutique	Examen clinique ECG, NFS, ione sg, urée, créatinémie, bilan thyroïdien, glycémie à jeun, calcémie, protéinurie, BHCG, EEG (si signes neurologiques)
Instauration du traitement	Progressive Lithémie efficace 0,6 à 0,8 meq/l Intraérythrocytaire 0,2 -0,4mmol/l
Effets indésirables	Neurologiques : tremblements, dysarthrie, incoordination motrice Digestives : nausées, vomissements, diarrhée Néphrologiques : sd polyuropolydipsique, néphrite interstitielle, lésions glomérulaires, IR Psychique : léthargie, obnubilation, tr cognitifs Endocrinologiques :tr thyroïdien, prise de poids, baisse de libido Dermato : accès psoriasis Cardiaque : tr de la dépolarisation, rythme, BAV Téatogénécite :1 ^{er} trimestre
surveillance	Clinique :poids tr digestif, thyroïde, cutané Biologique :lithémie/semaine durant 1mois Lithémie /mois durant 3 mois Lithémie/ 3mois après Chaque année :NFS, inos sg, calcémie, THS, urée, créatinémie, protéinurie
interactions	Diurétique thiazidique, AINS, IEC, antagonistes calciques, psychotropes (carbamazepine, neuroleptiques...)
surdosage	Tremblements amples , nausées, vomissements, vertige, Surtout si affection feibrille, vomissements, diarrhée, déshydratation

Dérivés de l'acide valproïque

Dérivés de l'acide valproïque	
indications	Traitement de la manie aiguë Episode mixte, cycle rapide Dépression bipolaire Prévention des récurrences bipolaires
Contre indication	Attente hépatique 1 ^{er} trimestre de grossesse, allaitement
Bilan prétherapeutique	Clinique NFS, bilan hépatique, BHCG
Instauration du traitement	Progressive 900-1800mg valpromide 1200-1500 divalproate
Effets indésirables	Neurologique : sédation, hypotonie, confusion, tremblements, encéphalite hypermonisme Gastro-intestinaux : nausées, vomissements, prise de poids, hépatite, pancréatite aiguë Hématologique :thrombopénie Endocrinienne :sd ovaires poly kystiques, alopecie, troubles menstruels, teratogenicite.
surveillance	Clinique : poids Paraclinique : Taux plasmatique après 2 semaines de ttt puis tous les 6 mois BHCG, NFS chaque 3 mois durant 1ans puis chaque 6 mois
interactions	Erythromycine, antagoniste H2, cimétidine, paracétamol, anticoagulants, sertraline, fluxetine, benzodiazepine, risperidone, clozapine

Carbamazepine

Carbamazepine	
indications	Manie aiguë (2ème ligne) Dépression bipolaire Prévention des récurrences bipolaire (si CI au lithium ou cycles rapides)
Contre indication	Allergie, grossesse, BAV, glaucome, adénome prostatique, atcd porphyrie, ATCD hypoplasie médullaire, IH, IR, IC
Bilan pretherapeutique	ECG, NFS, BHCG
Instauration du traitement	Progressive 400 à 800 mg/j à 1200mg/j Dosage plasmatique entre 5-10ug/l
Effets indésirables	Neurologiques : somnolence, ataxie, tr accommodation, nystagmus Gastro-intestinaux, hépatique, cadriovax Dermatologique : éruption, sd de stevens johson ou lyell Hématologique : leucopénie Métabolique : hyponatrémie
surveillance	Taux plasmatique régulièrement au début de traitement Puis tous les 3 à 6 mois NFS, BHCG
interactions	IMAO , macrolides, isoniazides, cimetidine, valpromide, IRS
surdosage	Neuromusculaires : agitation, tremblements, mvts athétosiques, ataxie, nystagmus Tr concentration allant jusqu'au coma Tr cardiovasculaire Tr digestif, hépatique et urinaires

Lamotrigine

indications	Prévention récurrence dépressive mais pas des récurrences maniques
Contre indication	Allergie, allaitement, IR
Bilan pretherapeutique	NSF, BHCG, hépatique
Instauration du traitement	Augmenter progressivement palier de 25mg /semaine Dose efficace : 150 à 250 mg/j
Effets indésirables	Dermatologique : rash cutané, sd stevens johenson, de lyell Ophtalmo : diplopie Neurologiques : céphalée, somnolence, insomnie, vertige Neuropsychiatriques : irritabilité, agressivité, hallucination
surveillance	Cutanée (8 premières semaines)
interactions	Milleputrieus, A valpoeinque, caramazepine

Annexe II :

Critères D'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5

(A) Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive (1), soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir, sans inclure des symptômes qui sont attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, et non limités à un sentiment subjectif)
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
8. Diminution de l'aptitude à penser à ou se concentrer ou indécision presque tous les jours (soit rapportée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

(B) Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, ou dans d'autres domaines importants.

(C) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.

La réponse à une perte significative (deuil, ruine, catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap...) n'élimine pas le diagnostic d'un épisode dépressif majeur.

(D) L'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophrénie forme, un trouble délirant ou un autre trouble psychotique.

(E) Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque (sauf si ils ont tous été induits par une substance ou s'ils sont imputables aux effets physiologiques d'une affection médicale générale)

Les Spécifications Diagnostiques

Sévérité

- Léger : 2 symptômes ; l'intensité est importante mais gérable, l'altération du fonctionnement social ou professionnel est mineure
- Moyen : 3 symptômes
- Sévère : 4 ou 5 symptômes ; l'intensité est importante et impossible à gérer, les symptômes interfèrent avec le fonctionnement

Avec caractéristiques psychotiques : congruentes ou non congruentes à l'humeur

Avec anxiété : caractérisée par la présence d'au moins 2 des symptômes suivants:

1. sensation d'être survolté ou tendu.
2. sensation inhabituelle d'instabilité.
3. difficulté à se concentrer à cause de l'inquiétude.
4. peur que quelque chose de terrible va arriver.
5. sentiment qu'on peut perdre le contrôle de soi-même.

Avec caractéristiques mixtes :

A. Au moins trois des symptômes maniaques / hypomaniaques suivants sont présents presque tous les jours :

1. Humeur élevée, expansive.
2. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
3. Plus grande communicabilité ou désir de parler constamment
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les idées défilent.
5. Augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but.
6. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, conduites sexuelles inconséquentes, investissements commerciaux déraisonnables...).
7. Diminution du besoin de sommeil

B. Ces symptômes ont été observés par les autres et représentent un changement par rapport au fonctionnement habituel du sujet.

C. Si tous les critères de manie ou d'hypomanie sont réunis, le diagnostic retenu doit être trouble bipolaire type I ou II.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets d'une substance.

Avec caractéristiques mélancoliques :

A. Un des symptômes suivants est présent pendant la période la plus sévère de l'épisode actuel :

1. Perte de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.
2. Manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables.

B. Trois (ou plus) des symptômes suivants ;

1. Une qualité particulière de l'humeur dépressive caractérisée par un profond découragement, un désespoir et/ou une morosité
2. dépression régulièrement plus marquée le matin
3. réveil matinal précoce (au moins 2 heures avant l'heure habituelle du réveil)
4. agitation ou ralentissement psychomoteur marqué
5. anorexie ou perte de poids significative
6. culpabilité excessive ou inappropriée.

Avec caractéristiques atypiques : Les symptômes suivants sont présents la plupart du temps :

A. humeur réactive ; B. Deux (ou plus) des symptômes suivants :

1. prise de poids ou augmentation de l'appétit significative
2. hypersomnie ;
3. sensation de membres en plomb
4. la sensibilité au rejet dans les relations est un trait durable qui se traduit par une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

C. ne répond pas aux critères "avec caractéristiques mélancoliques" ou «avec catatonie" au cours du même épisode.

Avec catatonie

Le tableau clinique est dominé par trois (ou plus) des symptômes suivants :

1. Stupeur (absence d'activité motrice, pas de relation avec l'environnement)
2. Catalepsie (maintien contre la gravité de postures imposées)
3. Flexibilité cireuse (résistance légère à la mobilisation par l'examineur).
4. Mutisme (absence ou quasi-absence de réponse verbale)

5. Négativisme (opposition, absence de réponses aux instructions ou stimuli)
6. Prise de posture (maintien, contre la gravité, de postures adoptées spontanément)
7. Maniérisme (caricatures bizarres ou solennelles d'actions ordinaires)
8. Stéréotypies (mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents)
9. Agitation non influencée par des stimuli extérieurs.
10. Expression faciale grimaçante
11. Echolalie (répétition des paroles de l'autre)
12. Echopraxie (reproduction des mouvements de l'autre).

Avec apparition en péripartum : si les symptômes sont survenus pendant la grossesse ou dans les 4 semaines suivant l'accouchement

Avec caractère saisonnier (en cas de TDM récurrent)

- A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue d'EDM et une période particulière de l'année (par exemple, à l'automne ou l'hiver), en dehors des cas où il y a une relation évidente entre la saison et un stress psychosocial
- B. les rémissions complètes (ou la transformation d'une dépression en une manie ou hypomanie) se produisent également au cours d'une période particulière de l'année (par exemple, la dépression disparaît au printemps).
- C. au cours des deux dernières années, présence d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs confirmant la présence d'une relation temporelle saisonnière et aucun épisode dépressif majeur non saisonnier n'a eu lieu.
- D. au cours de la vie du sujet, les épisodes dépressifs majeurs saisonniers (comme décrit ci-dessus) sont plus nombreux que les épisodes dépressifs non saisonniers.