

LES TROUBLES DEPRESSIFS

I. Introduction :

- Les états dépressifs sont classés dans le chapitre des troubles de l'humeur.
- L'humeur est une disposition affective de base « qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur », selon Delay.
- Le terme dépression provient du latin « depressio » qui signifie enfoncement.
- La dépression qui se situe au troisième rang des maladies invalidantes constitue, tant par son retentissement individuel que par son incidence médico-économique, un problème de santé publique.
- Les troubles dépressifs peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale.
- Malgré ces difficultés il est possible de se rétablir d'une dépression.

II. Historique :

- Dépression : connue depuis l'Antiquité
- Hippocrate : terme de manie et de mélancolie
- Folie circulaire (Jules Falret – 1854)
- Cyclothymie (Karl Kahlbaum – 1882)
- Psychose maniaco-dépressive (Kraepelin – 1899)

III. Epidémiologie :

- Maladie très fréquente.
- Selon l'OMS, la dépression est la maladie mentale la plus fréquente, touchant environ 120 millions de personnes dans le monde, avec une fréquence permanente de 1% de la population générale.

- o Incidence chez les patients soignés en médecine générale : 10%.
- o Incidence chez les patients hospitalisés en médecine : 15%
- o Seulement la moitié des EDM sont diagnostiqués et traités
- o Prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes

IV. Classifications internationales :

- o Classification de l'Association américaine de psychiatrie : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM)
- o a/Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur DSM :
- o L'épisode dépressif majeur comprend, depuis au moins 2 semaines :
- o un changement par rapport au fonctionnement antérieur du patient et une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres registres importants ;
- o l'absence de cause telle qu'une affection médicale, la prise d'une substance ou un deuil ;
- o la présence de cinq critères parmi les neuf critères suivants, dont l'un doit être, soit une humeur dépressive, soit une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir :
- o 1. humeur dépressive ;
- o 2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ;
- o 3. perte ou gain de poids significatif ;
- o 4. insomnie ou hypersomnie ;
- o 5. agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- o 6. fatigue ou perte d'énergie ;
- o 7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ;
- o 8. diminution de la capacité à penser ou à se concentrer.
- o 9. pensée récurrente de mort.
- o Chez l'enfant et l'adolescent, il faut prendre en compte l'éventualité d'une irritabilité à la place d'une humeur dépressive et chez l'enfant l'absence de l'augmentation de la courbe de poids.

- o Le diagnostic d'épisode dépressif majeur doit préciser, s'il est isolé ou récurrent (au moins deux épisodes dépressifs majeurs) en spécifiant :
 - o la sévérité : léger, moyen sévère ;
 - o • s'il est sévère, l'est-il sans ou avec caractéristiques psychotiques? (idées délirantes, hallucinations) ;
 - o • une congruence à l'humeur des caractéristiques psychotiques ou l'absence de congruence à l'humeur ;
 - o • le niveau de rémission : partielle, complète ;
 - o • la chronicité (présence de l'épisode dépressif majeur pendant au moins 2 ans) ;

o b/Troubles unipolaires

- o On distingue :
 - o le trouble dépressif majeur constitué d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire caractérisés. L'intensité légère, moyenne ou sévère est notée de façon globale indépendamment du nombre de critères présents
 - o le trouble dysthymique, caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps, au moins pendant 2 ans, représentant une dépression chronique dont les symptômes ne répondent pas aux critères dépressifs majeurs ;
 - o le trouble dépressif non spécifié, retenu afin de pouvoir coder les troubles d'allure dépressive qui n'entrent pas dans les catégories précédemment décrites ;
 - o les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou humeur mixte anxieuse et dépressive sont classés dans le chapitre des troubles de l'adaptation.

o c/Troubles bipolaires

- o On distingue :
 - o le trouble bipolaire I constitué d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes, le plus souvent accompagné d'épisodes dépressifs majeurs ;
 - o le trouble bipolaire II constitué d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, accompagnés au moins par un épisode hypomaniaque ;
 - o le trouble bipolaire III (diagnostiqué dans le DSM IV-TR comme un trouble maniaque induit) qui correspond à des épisodes dépressifs majeurs d'allure mélancolique avec des manies pharmaco-induites ;

- o le trouble cyclothymique dont la durée est d'au moins 2 ans. Il est constitué par de nombreux épisodes d'hypomanie, ne satisfaisant pas au critère d'épisode maniaque et d'épisodes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'épisode dépressif majeur ;

V. Les symptômes du syndrome dépressif

- o a-Humeur dépressive
 - o Tristesse de l'humeur
 - o Vécu pessimiste avec sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation et d'autodépréciation
 - o Sentiment d'inutilité, de culpabilité, de honte
 - o La tonalité désagréable de l'ensemble de l'affectivité traduit la douleur morale des déprimés
 - o Anhédonie: perte de la capacité à éprouver du plaisir
 - o Perte de la capacité d'anticipation, sous-tend la perception d'un avenir disparu
 - o Repli sur soi
 - o Indifférence pouvant aller jusqu'à l'anesthésie affective
- o b-Ralentissement psychomoteur
 - o 1- Ralentissement psychique:
 - o Perte de l'élan vital
 - o Inhibition intellectuelle avec incapacité à réfléchir, à se concentrer
 - o Monoïdéisme avec rumination d'une même pensée
 - o Lenteur idéatoire, bradypsychie, viscosité
 - o L'aboulie: perte de la volonté, incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés et une grande difficulté à prendre des décisions = incapacité d'agir
- o 2-Ralentissement moteur
 - o Tout mouvement devient épuisant
 - o Asthénie fondamentale, prédominante le matin
 - o Inhibition motrice

- o C-Signes somatiques
- o Atteinte des fonctions instinctuelles
- o Troubles du sommeil
- o – Insomnie matinale++, parfois hypersomnie
- o Troubles alimentaires:
- o – Anorexie avec amaigrissement, parfois hyperphagie
- o Troubles de la libido :

Baisse de la libido, aménorrhée

d- Autres

- o Ralentissement du transit intestinal: constipation
- o Bouche sèche
- o Hypotension
- o Anxiété
- o Le déprimé est pris dans un vertige devant l'avenir qu'il ne peut concevoir, qu'il craint
- o État de tension psychologique plus ou moins permanent avec sentiment d'un danger ou d'un drame imminent
- o Incapacité à se détendre
- o Déficit d'attention

e-Idées suicidaires

- o A rechercher de façon systématique
- o Rechercher des équivalents suicidaires:

– troubles des conduites,

– prises de toxiques

VI. Etiopathogénie :

1 – Facteurs biologiques

- Noradrénaline et sérotonine : les 2 neurotransmetteurs les plus impliqués
- Rôle supposé d'autres neurotransmetteurs : dopamine, acétylcholine, GABA, vasopressine, endorphines
- Atteinte de la régulation neuro-endocrinienne (hormone de croissance, thyroïde et cortico-surrénale) : reflet d'un trouble cérébral plus fondamental

2 – Facteurs génétiques

- Transmission génétique par des mécanismes complexes
- Impossible d'exclure des effets psycho-sociaux
- Chez certains sujets, des facteurs non-génétiques ont un rôle causal

3 – Facteurs psychosociaux

- Événements de vie et stress environnemental :
- Les événements stressants de vie précèdent plus souvent le premier épisode que les épisodes ultérieurs.
- Pour certains cliniciens : les événements de vie ont un rôle primaire ou au moins principale dans les troubles de l'humeur
- Pour d'autres : les événements de vie n'ont qu'un rôle limité dans le déclenchement et la durée des troubles de l'humeur

4 – Personnalité pré morbide

- N'importe quel humain, quelle que soit sa personnalité, est susceptible de présenter une dépression dans certaines circonstances
- Risque accru : personnalités dépendantes, obsessionnelles, hystériques

Stresseurs les plus à risque de déclencher un épisode dépressif : ceux ressentis par le patient comme une atteinte plus profonde à l'estime de soi

VII. Formes cliniques de la dépression

- EDM mélancolique :
- Perte d'intérêt ou de plaisir et/ou non réactivité aux stimuli habituellement agréables avec au moins 3 des symptômes :

- o Qualité particulière de l'humeur
- o Dépression plus marquée le matin
- o Réveils précoces vers 4h du matin
- o Ralentissement ou agitation psychomotrice
- o Anorexie ou perte significative de poids
- o Culpabilité excessive
- o Douleur morale profonde
- o Désir de mort important.
- o Risque suicidaire majeur
- o Faciès triste («oméga» mélancolique)
- o Ralentissement psychomoteur majeur, mutisme ou monoïdéisme
- o Auto dévalorisation, autoaccusation, culpabilité, idées d'indignité
- o 2-Dysthymie ou dépression névrotique :
 - o Ancien concept de dépression névrotique
 - o Dépressions durables mineures
 - o Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, au moins un jour sur 2 depuis au moins 2 ans .Plus deux des symptômes suivants :
 - o Diminution de l'appétit ou hyperphagie
 - o Insomnie ou hypersomnie
 - o Diminution de l'énergie ou fatigue
 - o Baisse de l'estime de soi
 - o Troubles de la concentration et indécision
 - o Sentiments de désespoir
- o 3-Autres :
 - o Dépression masquée :
 - o Par une symptomatologie somatique au premier plan

- o Souvent algies imprécises, avec variations diurnes et périodiques dans l'année
- o Dépressions saisonnières :Automne ou hiver Asthénie, hypersomnie, appétence pour le sucre
- o Dépression et pathologie organique :
 - o Affection cérébrale organique : Parkinson, SEP, tumeurs cérébrales, insuffisance circulatoire, démences, traumatismes cranio-cérébraux(syndrome subjectif et traits de personnalité)
 - o Endocrinopathies :Cushing, Addison, dysthyroïdies
 - o -Dépression et médicaments :
 - o Neuroleptiques/Antihypertenseurs centraux/alphaméthyl-dopa(Aldomet), /Oestro-progestatifs/Glucocorticoïdes
 - o Cimétidine(Tagamet), baclofène,Isoniazide (Rimifon)

4-Clinique de la dépression en fonction de l'âge

- o Enfants et adolescents : symptômes atypiques
 - o - Enfants : Phobie scolaire/ Accrochage excessif aux parents
 - o -Adolescents :Résultats scolaires médiocres/Abus de substance/ Comportement antisocial/Promiscuité sexuelle/Absentéisme scolaire/ Fugue
 - o -Traits spécifiques de la dépression du sujet âgé
- Humeur dépressive rare, plutôt modification de la personnalité, irritabilité, hostilité voire agressivité
- Perte d'intérêt majeure
- Importance de l'anhédonie : caractère permanent, pénible avec sentiment de vide intérieur
- Plaintes somatiques plus fréquentes
 - o Taux plus élevé de délire, d'agitation, de perturbation de l'appétit et d'idées de culpabilité
 - o Ralentissement psychomoteur: difficile à apprécier, nécessité de repères antérieurs
 - o Troubles du sommeil présents mais d'interprétation difficile: modifications physiologiques, caractère subjectif des troubles

Évolution de l'épisode dépressif aigu

VIII. Pronostic

- EDM n'est pas une maladie bénigne !
- Tendance à la chronicisation et aux rechutes
- EDM hospitalisés pour un premier épisode : 50% de chance de guérison dans l'année
- Beaucoup de patients non guéris présentent un tableau clinique de dysthymie
- Les rechutes sont moins fréquentes chez les patients qui continuent un traitement psychopharmacologique prophylactique
- – En cas d'épisodes multiples, l'intervalle entre les épisodes diminue et la sévérité des épisodes s'aggrave

IX. Prise en charge :

- Globalement, le traitement des troubles de l'humeur est efficace
- Efficacité reconnue actuellement des traitements prophylactiques
- Nécessité de préparer le patient et la famille à une stratégie à long terme
- Assurer un diagnostic solide et une évaluation approfondie
- Établir un plan thérapeutique:
 - Suppression des symptômes actuels
 - Viser le bien-être au long cours ,gérer également les éléments existentiels stressants
 - Hospitalisation

Nécessité de recourir à un bilan exhaustif pour le diagnostic et l'évaluation

- Risque de suicide ou d'homicide
- Atteinte majeure du sentiment de bien-être et besoin d'être « mis à l'abri »
- Aggravation rapide des symptômes
- Atteinte du réseau social de soutien du patient
 - Thérapie psychosociale
- Nombreux travaux : une combinaison de psychothérapie et de pharmacothérapie est la stratégie la plus efficace

- o Thérapie cognitive
- o Thérapie interpersonnelle
- o Thérapie comportementale
- o Éducation du patient
- Élément crucial de l'efficacité du traitement
- Aucun risque de dépendance
- Délai de 3 à 4 semaines
 - o – Explication détaillée des effets secondaires Différents antidépresseurs
 - o IMAO
 - o Imipraminiques :Tofranil imipramine Surmontil trimipramine clomipramine amitriptyline
 - o Non Imipraminiques – Non IMAO
- Nouvelles molécules :Athymil (miansérine)•
 - o – Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine IRS
- paroxétine/ fluoxétine / citalopram/ es-citalopram/ sertraline
 - o – Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSNA
- venlafaxine
 - o – Antidépresseurs noradrénergiques et spécifiques sérotoninergiques NASSA
- mirtazapine
 - o – Dépression chronique : maintien au long cours
 - o – Pas d'arrêt brutal !
 - o Autres traitements
- Sismothérapie ou électrochocs
- Photothérapie : indication privilégiée : la dépression saisonnière.

X. Conclusion

- Ø Syndrome dépressif ne signifie pas simplement tristesse mais correspond à un regroupement plus large de symptômes
- Ø Les récurrences restent cependant fréquentes, augmentant le risque suicidaire, tandis que le passage à la chronicité touche 20 % des patients.
- Ø La dépression qui se situe au troisième rang des maladies invalidantes constitue, tant par son retentissement individuel que par son incidence médico-économique, un problème de santé publique.

Troubles bipolaires

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Définir le trouble bipolaire
- Décrire les signes cliniques d'un épisode thymique (maniaque hypomaniaque et dépressif)
- Reconnaître les différents types de troubles bipolaires selon les classifications actuelles (DSM-5)
- Identifier les comorbidités psychiatriques et somatiques associées au trouble bipolaire
- Discuter les aspects médico-légaux du trouble bipolaire
- Citer les principes directeurs de prise en charge du trouble bipolaire

PLAN

- I. INTRODUCTION
- II. HISTORIQUE
- III. EPIDEMIOLOGIE
- IV. DEFINITION
- V. CLINIQUE
 - A. Episode maniaque
 - B. Episode dépressif
- VI. CLASSIFICATION
- VII. DIAGNOSTIC POSITIF
- VIII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET COMORBIDITES
- IX. EVOLUTION
- X. ASPECT MEDICO-LEGAL

XI. PRISE EN CHARGE

REFERENCE

ANNEXE

I. INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est une pathologie mentale grave qui se caractérise par des changements d'humeur, d'énergie et de la capacité à fonctionner normalement. Ce trouble débute volontiers durant l'adolescence, cependant il existe souvent un important retard diagnostic augmentant le risque de développement de comorbidités psychiatriques et somatiques, aggravant ainsi le pronostic de la maladie. Par conséquent, la reconnaissance du trouble bipolaire à ses débuts et sa prise en charge précoce et adaptée, demeurent la stratégie la plus efficace à même de diminuer la morbi-mortalité liée à cette affection.

II. HISTORIQUE

La notion de troubles bipolaires a été précédée au XX^{ème} siècle par celle de psychose maniaco-dépressive et bien avant, de l'antiquité jusqu'au temps modernes, par celle de "manie" et de "mélancolie".

Willis (1622-1675) décrivait "l'alternance de manie-dépression", Falret en 1851 introduit la notion de "folie circulaire" en même temps que Baillarger la nommait "folie à double forme". C'est Emile Kraepelin qui sépare la démence précoce (schizophrénie) de la "psychose maniaco-dépressive", lui décrivant 18 types évolutifs. Ultérieurement, Kleist et Leonard proposent la dichotomie troubles unipolaires/troubles bipolaires. Ce dernier terme "troubles bipolaires" est usité à ce jour dans les classifications internationales pour décrire ce groupe de troubles thymiques caractérisé par des anomalies des deux pôles de l'humeur.

III. EPIDEMIOLOGIE

Le trouble bipolaire affecte près de 60 millions d'individus selon l'OMS. La prévalence au cours de la vie est estimée entre 2.4 et 4.5%, diminuant avec l'âge et le niveau d'étude. Elle est plus élevée chez les sujets sans emplois, sans montrer de différences selon le sexe ou la race. Le début se situe volontiers en fin d'adolescence et au début de l'âge adulte, et les formes pédiatriques sont rares (0.1% à 2.5% en échantillons pédiatriques).

Les patients bipolaires passent plus de 50% du temps en dépression, et 10% en manie ou en hypomanie.

Le trouble bipolaire est significativement associé à de plus importantes comorbidités psychiatriques et somatiques, avec plus de 90% des patients bipolaires qui présentent au moins un trouble comorbide.

Le suicide et la tentative de suicide sont plus fréquents chez le bipolaire qu'en population générale. Les estimations annuelles sont de 3.9% pour la tentative de suicide et de 1.4% pour le suicide accompli chez les bipolaires, comparés à 0.5% pour les TS et 0.02% pour le suicide accompli en population générale. Le taux d'accomplissement de suicide est également plus important chez les bipolaires (ratio Suicide/TS de 1:3) comparé à la population générale (1:20 voire 1:40).

Les facteurs génétiques sont importants dans les troubles bipolaires, le risque est plus élevé de 15 à 25 % quand un parent de premier degré présente ce trouble.

IV. DEFINITION

Les troubles bipolaires sont un groupe de maladies mentales caractérisées par des dérèglements de l'humeur, qui évolue par accès se détachant plus ou moins franchement les uns des autres et de l'état normal.

C'est la succession chez le même patient d'accès maniaques et d'accès dépressifs. Le patient peut retrouver son état normal dans l'intervalle qui sépare les différents accès. Ces deux états peuvent se reproduire régulièrement suivant un rythme cyclique.

V. CLINIQUE

A. EPISODE MANIAQUE

1. **Mode de début** : le plus souvent brutal mais peut être précédé d'une phase prodromique. Un même patient rechute généralement avec les mêmes symptômes.
2. **Phase d'état** : l'excitation est évidente, le patient est jovial, la mimique est expressive et la tenue voyante. Son lieu de vie est dans le désordre le plus complet. Il a un contact très familier avec tout le monde mais très superficiel, il plaisante beaucoup, est très à l'aise en toutes circonstances et il ne tient pas en place. Plus l'entretien se prolonge, plus l'excitation augmente et plus la pensée est désordonnée.

a. Troubles de l'humeur et de vie intellectuelle

- Excitation euphorique de l'humeur : le sujet a l'impression de vivre intensément. Il se sent infatigable et il l'est. Tout lui semble familier, rien ne l'intimide. Il échafaude des projets grandioses et se voit capable de tout entreprendre et de tout réussir.

- Versatilité de l'humeur : il a des moments d'impatience, d'irritabilité pour la moindre contrariété au milieu de l'exaltation. Il peut passer du rire aux larmes, de l'inconscience au découragement.
- Désordre intellectuel : relâchement des censures morales et sociales : il mange sans retenue, à des rapports sexuels répétés, peut déclencher des propos orduriers. Il peut aussi entraîner des incidents (tapage nocturne, scandale sur la voie publique, attentat à la pudeur).
- Troubles de l'idéation : la pensée maniaque est concrétisée par le désordre, la précipitation, l'improductivité. L'imagination est débordante. Une fuite des idées. Des souvenirs resurgissent en désordre. Les idées s'enchaînent sans aucune cohérence. Il fait des jeux de mots. Cela se traduit par des logorrhées.

b. **Troubles des activités**

Il se manifeste par une hyperactivité, des démarches, des achats inconsidérés, une agitation constante. Il gesticule en permanence, il déambule, il manipule des objets avec un caractère ludique.

c. **Symptômes somatiques**

- Réduction du besoin de sommeil : c'est souvent le premier symptôme à apparaître, rebelle aux traitements hypnotiques
- Augmentation de la faim et de la soif
- Aménorrhées

3. **Formes cliniques**

- **Hypomanie** : forme mineure de l'épisode maniaque, la symptomatologie est de même type mais plus atténuée, constituant un changement notable dans le comportement, clairement différent du fonctionnement habituel et entraînant des complications d'ordre familial, professionnel, matériel, ...).
- **Manie avec symptômes dépressifs** : dans certains cas, on peut retrouver des symptômes dépressifs associés.
- **Manie avec symptômes psychotiques** : une symptomatologie délirante peut être associée, congruente à l'humeur ou non.
- **Manie avec anxiété** : une symptomatologie anxieuse est parfois observée

B. **EPISODE DEPRESSIF**

1. **Mode de début** : le plus souvent progressif. Le premier signe est la fatigue et l'insomnie, puis après quelques semaines apparaît un sentiment d'incapacité et de dépréciation. Une difficulté à s'intéresser à ses proches, à ses loisirs habituels.

2. **Phase d'état** : le sujet à une mimique triste, des yeux fixes et l'activité est réduite au minimum.

a. **Humeur dépressive** : Sentiment de tristesse importante, désespoir et de découragement. Il a une douleur morale quand le sentiment de tristesse est très intense. On observe également une anhédonie, le sujet n'éprouve plus de plaisir. Globalement le sujet a perdu toute capacité d'effort et d'initiative, il est totalement passif et il y a un laisser aller général.

b. **Ralentissement psychomoteur** :

- Ralentissement moteur : tout est lent chez le sujet. Il traîne le pas, le corps est affaissé, les gestes sont lents. Il parle très peu d'une voix monocorde, affaiblie. Sa mimique est très pauvre et son expression est très lente.
- Ralentissement psychique : la pensée est appauvrie et laborieuse. Le patient parle toujours des mêmes choses. Les pensées n'ont pas de souplesse, de fluidité. Il y a une baisse de l'attention, de la mémoire. Le sujet s'en plaint de façon disproportionnée

c. **Conduite suicidaire** : Le sujet s'interroge sur l'intérêt qu'il a à vivre, il va se dire qu'il éprouverait un soulagement à l'idée de mourir. Il s'accuse souvent de manquer de courage pour passer à l'acte, il y a une volonté manifeste de se donner la mort.

d. **Troubles associés** :

- Troubles du sommeil : très fréquents, il en existe plusieurs types (insomnie d'endormissement, du milieu de nuit, de fin de nuit).
- Troubles de l'appétit : le plus souvent il y a une anorexie (cela peut aller du désintérêt alimentaire à l'anorexie).
- Troubles sexuels : très fréquents et souvent dissimulés (baisse de la libido jusqu'à un dégoût de la sexualité).

3. **Formes cliniques**

- **Dépression avec symptômes maniaques** : dans certains cas, on peut retrouver des symptômes maniaques associés, augmentant le risque de suicide.
- **Dépression avec symptômes psychotiques** : une symptomatologie délirante peut être associée, congruente à l'humeur ou non
- **Dépression avec anxiété** : une symptomatologie anxieuse est parfois observée, augmentant également le risque de passage à l'acte suicidaire.

VI. **CLASSIFICATION**

La classification internationale la plus utilisée est celle de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), dans la 5ème version du Manuel diagnostique et statistique (DSM-5) paru en 2013. Elle retient dans la rubrique des troubles bipolaires et apparentés :

1. Trouble bipolaire de type I

Caractérisé par la présence d'au moins un épisode maniaque au cours de la vie, avec ou sans épisodes hypomaniaques et/ou dépressifs.

2. Trouble bipolaire de type II

Caractérisé par l'association d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé avec un épisode dépressif actuel ou passé

3. Trouble cyclothymique

Caractérisé par l'existence de nombreuses périodes (pendant au moins 2 ans) de périodes dans lesquelles sont présents des symptômes hypomaniaques ainsi que des périodes dans lesquelles sont présents des symptômes dépressifs, sans que les critères d'épisode hypomaniaques ou dépressifs caractérisés ne soient réunis. A noter que durant cette période de 2 ans, le sujet n'a pas eu de période de plus de 2 mois sans symptômes.

VII. DIAGNOSTIC POSITIF

Voir les critères diagnostics du DSM-5 en annexe

VIII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET COMORBIDITES

1. **Trouble psychotique** : il s'agit de différencier un épisode thymique avec caractéristiques psychotiques d'une schizophrénie, d'un trouble schizoaffectif ou d'un autre trouble psychotique. Dans ce cas, il faut rechercher les autres symptômes du critère "A" de la schizophrénie, mais bien souvent, seule l'évolution du tableau clinique permet le diagnostic de certitude. En effet, dans le trouble bipolaire, il n'existe plus de symptômes psychotiques après normalisation de l'humeur.
2. **Personnalité limite** : le diagnostic différentiel peut s'avérer difficile devant l'instabilité affective (variation brutale de l'humeur, irritabilité, anxiété) et l'impulsivité avec présence d'authentiques épisodes dépressifs chez l'état limite (borderline), d'autant que la comorbidité entre ces deux troubles est parfois retrouvée.
3. **Pathologie organique** : les tableaux cliniques de démences et de confusion mentale peuvent s'accompagner de symptômes thymiques parfois bruyants. Il faut également

différencier la symptomatologie maniaque de l'euphorie naïve du syndrome frontal. Les maladies neurologiques, endocriniennes et métaboliques peuvent s'accompagner de symptômes de type maniaques ou dépressifs. De manière générale, éliminer une affection organique devant tout premier épisode thymique est la règle, en pratiquant un examen clinique minutieux et par le recours systématique aux explorations complémentaires radiologiques et biologiques nécessaires.

4. **Troubles induits par une substance** : les intoxications et les sevrages de substances peuvent donner lieu à des symptômes thymiques. Le contexte clinique, les bilans biologiques et l'évolution rapide du tableau clinique permettent souvent de redresser le diagnostic en faveur de la substance en question.
5. **Troubles liés à l'usage de substances** : l'abus et la dépendance aux substances psychoactives sont très souvent associés au trouble bipolaire. Ils masquent parfois la symptomatologie thymique retardant ainsi le diagnostic et déclenchent les épisodes thymiques. L'abus et la dépendance sont également associés à une moins bonne compliance au traitement. Globalement, cette comorbidité aggrave le tableau clinique des deux troubles.
6. **Hyperactivité** : ce problème diagnostique se pose chez les enfants et les adolescents en raison de l'existence de symptômes communs à l'hyperactivité et à l'épisode maniaque (distractibilité, hyperactivité motrice, logorrhée), d'autant que la comorbidité existe entre ces deux troubles. Le diagnostic reste difficile et repose sur l'antériorité des symptômes ainsi que l'évolution du tableau clinique.
7. **Trouble dépressif unipolaire** : caractérisé par la récurrence d'épisodes dépressifs sans antécédents d'épisodes maniaques. Il peut parfois être difficile dans les formes débutantes, et quand il existe des symptômes maniaques associés à la symptomatologie dépressive. Dans ce cas, les autres symptômes de la série maniaque sont à rechercher dans les antécédents ou par l'interrogatoire de l'entourage afin de redresser le diagnostic.
8. **Troubles anxieux** : la comorbidité est fréquente, et très souvent le diagnostic de trouble bipolaire est méconnu. L'attitude prônée est d'évoquer systématiquement un trouble bipolaire devant tout trouble anxieux, surtout s'il existe des variations cycliques dans les manifestations anxieuses ou s'il l'on observe un épisode maniaque induit par l'antidépresseur prescrit dans un but anxiolytique.

IX. EVOLUTION

Le retard diagnostic dans le trouble bipolaire est malheureusement fréquent et important (en moyenne 8 ans), à l'origine d'un retentissement social et professionnel important. Classiquement, l'évolution est caractérisée par la récurrence d'épisodes maniaques associés ou non à des épisodes dépressifs. La survenue de cycles rapides (quatre épisode ou plus par an) est une modalité évolutive extrêmement invalidante et difficile à traiter.

Le suicide ou les tentatives de suicide sont fréquents dans le trouble bipolaire, et leur évaluation au cours de l'évolution de la maladie est importante.

Les facteurs de bon pronostic :

- Faible nombre d'épisodes antérieurs
- Bon fonctionnement prémorbide
- Maintient d'une bonne insertion professionnelle
- Rémissions de bonne qualité
- Bonne compliance au traitement

Les facteurs de mauvais pronostic :

- Événements de vie stressant, facteurs de stress psycho-sociaux
- Présence de comorbidités (maladies psychiatriques, somatiques, addictives,...)

X. ASPECT MEDICO-LEGAL

Le trouble bipolaire à une forte incidence sur la vie familiale, sociale, et professionnelle du bipolaire, d'où les nombreuses répercussions. Il existe à cet effet des mesures de protection du patient bipolaire et de ses biens, à savoir la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

La dangerosité des patients bipolaires est plus souvent liée à la consommation de substances psychoactives. Les maniaques sont parfois susceptibles d'atteintes aux biens d'autrui, de prodigalité, et d'agressions sexuelles. Les patients en dépression sévère sont par contre susceptibles de commettre des homicides altruistes, ou des homicides-suicides.

La responsabilité pénale des patients bipolaires pour des crimes ou des délits commis lors d'un épisode thymique, peut être abolie, selon les résultats de l'expertise pénale.

XI. PRISE EN CHARGE

1. **Hospitalisation** : en cas de risque suicidaire élevé, de gros troubles du comportement à conséquences dommageables et l'hétéro-agressivité.

2. Traitements pharmacologiques

A. Traitement de l'épisode

▪ **Traitement de l'épisode dépressif :**

- Soins de réanimation si nécessaire : réhydratation, nutrition, prévention des complications de décubitus, en ambulatoire ou hospitalisation selon la gravité.
- Traitement thymorégulateur à action antidépressive (Lithium en monothérapie, Lamotrigine en monothérapie ou Quetiapine en monothérapie)
- Antidépresseur type ISRS peut être introduit en deuxième intention, si échec des thymorégulateurs
- Traitement anxiolytique ou neuroleptique sédatif en cas d'anxiété

▪ **Traitement de l'épisode maniaque :**

- Neuroleptique sédatif ou benzodiazépines en cas d'agitation.
- Thymorégulateur ; lithium, Valproate, antipsychotique de seconde génération (Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Aripiprazole).
- Parfois association de Lithium ou Valproate à un antipsychotique de seconde génération d'emblée pour les cas d'épisodes maniaques sévères.

B. **Prévention des épisodes :** Les traitements thymorégulateurs diminuent la fréquence, l'intensité et la durée des épisodes maniaques et dépressifs. Le traitement doit être poursuivi au long cours avec adaptations de la posologie et surveillance de la tolérance et de l'efficacité sur le plan clinique et biologique. Il repose sur :

- Lithium
- Acide valproïque (Dépamide, Dépakote), la Carbamazépine (TégrétoI)
- Antipsychotique de 2e génération : Olanzapine (Zyprexa), Risperidone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel)

3. **Traitement non pharmacologique**

A. **L'électro-convulsivothérapie (ECT) (ou sismothérapie) :** recommandée comme traitement curatif des épisodes. Elle peut être utile pour les patients dont les symptômes peuvent mettre en jeu le pronostic vital dans le cadre :

- d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère et/ou avec caractéristiques mélancoliques, et/ou résistance aux traitements.
- d'un épisode maniaque sévère et prolongé, et/ou résistant aux traitements.
- d'un syndrome catatonique.
- de cycles rapides.
- de mauvaise tolérance des psychotropes, risque de décompensation de maladies comorbides du fait de l'épisode thymique.
- de contre-indication aux autres traitements (femme enceinte, personne âgée, etc.).

B. Les psychothérapies

- **Psychothérapie de soutien** : toujours indiquée, elle est associée au traitement médicamenteux sans s'y substituer.
- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** : permettent d'agir sur la gestion du stress, les rythmes de vie, les cognitions déformées et les émotions négatives.
- **Éducation thérapeutique** : sous forme de programmes d'information structurée permettant d'améliorer la compréhension du trouble bipolaire et l'utilité des traitements, ainsi que le développement de la capacité à détecter les signes précurseurs de rechute.
- **Réhabilitation psychosociale**
 - Remédiation cognitive : destinée à pallier les conséquences des troubles cognitifs.
 - Réadaptation psychosociale : peuvent être mises en place chez certains dans le cadre de la réinsertion professionnelle et de la prise en charge du handicap.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Garrabé J. remarques historiques sur la nosographie des troubles thymiques : de la psychose maniaco-dépressive à la bipolarité. Annales Médico-Psychologiques 172 (2014) 642-651.
3. Gorwood P. masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'encéphale, 2004 ; XXXX : 182-93
4. Bellivier F. Evolution du trouble bipolaire. L'encéphale, 2006 ; 506-11, cahier 2.
5. Samalin L et al. Recommandations formalisées d'experts de l'association française de psychiatrie biologique et neuropsychopharmacologie sur le dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : mise à jour 2014. L'encéphale (2015) 41, 93-102

ANNEXE

Trouble bipolaire du DSM-5 : TROUBLES BIPOLAIRES ET APPARENTES

TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I

Pour un diagnostic de trouble bipolaire de type I, les critères suivants d'un épisode maniaque doivent être réunis. L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.

Épisode maniaque

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque 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 d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 - 1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 - 2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
 - 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 - 5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
 - 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but).
 - 7. Engagement excessif dans des activités 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 grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou a une autre affection médicale.
N.B. : Un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, psychothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire I.

N.B. : Les critères A à D définissent un épisode maniaque. Au moins un épisode maniaque au cours de la vie est nécessaire pour un diagnostic de trouble bipolaire I.

Épisode hypomaniaque

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 - 1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 - 2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
 - 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 - 5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
 - 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but).

7. Engagement excessif dans des activités a 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 une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu a abus, médicament ou autre traitement).

N.B. : Un épisode hypomaniaque complet qui apparait au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, psychothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être diagnostique comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, la prudence s'impose car un ou deux symptômes (en particulier une augmentation de l'irritabilité, de la nervosité ou de l'agitation après la prise d'un antidépresseur) ne sont pas suffisants pour un diagnostic d'épisode hypomaniaque, et ne sont pas obligatoirement indicatifs d'une diathèse bipolaire.

N.B. : Les critères A à F définissent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont fréquents dans le trouble bipolaire I mais ne sont pas nécessaires pour poser ce diagnostic.

Épisode dépressif caractérisé

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables a une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par

les autres (p. ex. pleure). (N.B. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constate par les autres, non limite à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur).
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 (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé. Les épisodes dépressifs caractérisés sont fréquents au cours du trouble bipolaire I mais leur présence n'est pas requise pour son diagnostic.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, un manque d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés compte tenu de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Trouble bipolaire de type I

- A. A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque (critères A-D d'un "Episode maniaque", *cf. supra*).
- B. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

Spécifier :

- Avec détresse anxieuse
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec cycles rapides
- Avec caractéristiques mélancoliques
- Avec caractéristiques atypiques
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec catatonie
- Avec début lors du péripartum
- Avec caractère saisonnier

TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE II

Pour un diagnostic de trouble bipolaire II, il est nécessaire de remplir les critères suivants d'un épisode hypomaniaque actuel ou passe *et* les critères suivants d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passe :

Épisode hypomaniaque

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 - 1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent repose après seulement 3 heures de sommeil).
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but).
 7. Engagement excessif dans des activités 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 une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

N.B. : Un épisode hypomaniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, psychothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être diagnostiqué comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, la prudence s'impose car un ou deux symptômes (en particulier une augmentation de l'irritabilité, de la nervosité ou de l'agitation après la prise d'un antidépresseur) ne sont pas suffisants pour un diagnostic d'épisode hypomaniaque, et ne sont pas obligatoirement indicatifs d'une diathèse bipolaire.

Épisode dépressif caractérisé

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (N.B. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constate par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 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 (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, un manque d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés compte tenu de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement

clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Trouble bipolaire de type II

- A. Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A-F d'épisode hypomaniaque *supra*) et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (critères A-C d'épisode dépressif caractérisé *supra*).
- B. Il y a jamais eu d'épisode maniaque.
- C. L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.
- D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier l'épisode actuel ou le plus récent :

- Hypomaniaque
- Dépressif

Spécifier si :

- Avec détresse anxieuse
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec des cycles rapides
- Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Avec catatonie
- Avec début lors du péripartum
- Avec caractère saisonnier : s'applique seulement à l'épisode dépressif caractérisé.

Spécifier l'évolution si les critères complets pour un épisode thymique ne sont pas remplis actuellement :

- En rémission partielle
- En rémission complète

Spécifier la sévérité si les critères complets pour un épisode thymique ne sont pas remplis actuellement :

- Léger
- Moyen
- Grave

TROUBLE CYCLOTHYMIQUE

- A. Existence pendant au moins 2 ans (au moins 1 an chez les enfants et les adolescents) de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé.
- B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus (1 an chez les enfants et les adolescents), les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes.
- C. Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis.
- D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique.
- E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou à une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
- F. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec détresse anxieuse