



Thèse

2015

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Evaluation clinique spécialisée des troubles de l'humeur : impact sur le
choix des traitements psychopharmacologiques pour les troubles
bipolaires

Michalopoulos, Giorgio

How to cite

MICHALOPOULOS, Giorgio. Evaluation clinique spécialisée des troubles de l'humeur : impact sur le choix des traitements psychopharmacologiques pour les troubles bipolaires. Doctoral Thesis, 2015. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:46200

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:46200>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:46200](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:46200)

Section de *Médecine clinique*
Département de Psychiatrie
Service des Spécialités
Psychiatriques

Thèse préparée sous la direction du Professeur Jean-Michel Aubry

"EVALUATION CLINIQUE SPECIALISEE DES TROUBLES DE L'HUMEUR : IMPACT
SUR LE CHOIX DES TRAITEMENTS PSYCHOPHARMACOLOGIQUES POUR LES
TROUBLES BIPOLAIRES"

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine
par

Giorgio MICHALOPOULOS

de

Monteggio (TI)

Thèse n° 10750

Genève, le 19 janvier 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie Marianne Gex-Fabry pour son aide précieuse avec les analyses statistiques, son soutien et le regard critique et constructif, qu'elle a apporté à cette thèse.

Je remercie le secrétariat du Service des spécialités psychiatriques, en particulier Agnès Reymond, pour leur précieuse aide administrative ainsi que Sandra ter Pelle et Francine Gendre pour leur contribution dans la mise en page, la relecture et la finalisation de cette thèse.

Je remercie mon collègue, Raphael Voide, avec qui j'ai eu des échanges stimulants au début de la réalisation de cette thèse.

Je remercie tous mes collègues de l'Unité des troubles de l'humeur qui ont effectué les évaluations et rédigé les rapports.

Je remercie Jean-Michel Aubry, directeur de thèse, pour les conseils, le soutien et le temps qu'il a consacré dans la lecture et relecture de ce travail.

Je remercie ma compagne, Karen Dieben, pour les corrections d'orthographe et de syntaxe, pour sa patience et ses encouragements.

RESUME

Ce travail se base sur l'étude rétrospective des rapports d'évaluation de 250 patients adressés à un programme spécialisé pour une suspicion de trouble bipolaire. Le but était de vérifier l'hypothèse qu'une évaluation clinique approfondie permette une approche thérapeutique pharmacologique davantage en accord avec les recommandations en vigueur pour le traitement des troubles bipolaires. Les traitements psychotropes avant et après évaluation ont été comparés.

Les résultats montrent une tendance globale à la prescription de plusieurs molécules psychoactives (polypharmacie). Suite à l'évaluation nous constatons une meilleure adéquation de la prescription des psychotropes avec les recommandations internationales, avec une augmentation de prescription de stabilisateurs de l'humeur et antipsychotiques.

Ces résultats renforcent l'utilité des évaluations cliniques spécialisées pour des patient(e)s avec suspicion de trouble bipolaire.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	p. 6
1.1 Humeur et émotions	p. 6
1.2 Historique des troubles de l'humeur	p. 8
1.3 Caractéristiques cliniques	p. 12
1.4 Epidémiologie	p. 15
1.5 Comorbidités	p. 16
1.6 Traitement et recommandations internationales pour la dépression bipolaire	p. 17
1.7 Questions et hypothèse	p. 24
 2. METHODOLOGIE	 p. 25
2.1 Inclusion des patients	p. 25
2.2 Procédure d'évaluation et instruments utilisés	p. 25
2.3 Analyses statistiques	p. 27
 3. RESULTATS	 p. 28
3.1 Caractéristiques des sujets	p. 28
3.2 Comorbidités	p. 29
3.3 Polypharmacie	p. 31
3.4 Utilisation des psychotropes dans les troubles de l'humeur	p. 32
3.4.1 <i>Profil de la prescription pour les antipsychotiques</i>	p. 33
3.4.2 <i>Profil de la prescription pour les stabilisateurs de l'humeur</i> <i>(comme le lithium et les antiépileptiques)</i>	p. 34
3.4.3 <i>Profil de la prescription pour les antidépresseurs</i>	p. 35

3.5 Utilisation des psychotropes dans les troubles bipolaires	p. 38
3.5.1 Antipsychotiques	p. 40
3.5.2 Stabilisateurs de l'humeur	p. 42
3.5.3 Antidépresseurs	p. 44
3.6 Facteurs associés à la prescription d'antidépresseurs dans les troubles bipolaires	p. 46
4. DISCUSSION	p. 47
4.1 Comorbidités	p. 48
4.2 Polypharmacie	p. 50
4.3 Psychopharmacologie dans les troubles de l'humeur	p. 52
4.4 Psychopharmacologie dans les troubles bipolaires I et II	p. 54
5. CONCLUSION	p. 57
6. REFERENCES	p. 59
7. ANNEXES	p. 66
Le Questionnaire de Trouble de l'humeur	p. 66
Dépistage du Trouble de la personnalité borderline	p. 67
Evaluation du sommeil	p. 68
MADRS	p. 69
Echelle de manie	p. 73
CTQ	p. 74
MINI	p. 76
CIM-10 (F30 – F31 – F32 – F34 – F38)	p. 106

1. INTRODUCTION

1.1. Humeur et émotions

La thymie, ou humeur, se caractérise par « un état affectif global et durable, soutenu la majeure partie du temps, et qui correspond au climat affectif dans lequel a vécu le patient... On pourrait dire que l'humeur est le climat du pays, alors que l'affect (émotion) est la température du jour » (Lalonde et al., 1999, p. 49).

Nous rencontrons ici d'emblée une difficulté majeure en psychiatrie : la différenciation entre humeur, affect et émotions. Cette confusion se retrouve aussi dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10, Organisation mondiale de la santé, 1993), sous le chapitre F30-F39 TROUBLES DE L'HUMEUR (AFFECTIFS). Dans ce chapitre le trouble bipolaire est décliné sous « *trouble affectif bipolaire* ».

Nous allons toutefois nous aligner sur cette classification et par conséquent considérer humeur et affect comme synonymes par opposition à l'émotion.

S'il n'existe pas de définition consensuelle pour l'humeur ni pour l'émotion, certaines caractéristiques peuvent nous aider à les différencier. Si l'humeur correspond au climat et que ce dernier se détermine par l'humidité, la température et ses variations ainsi que les saisons, alors l'humeur se détermine aussi par différents paramètres tels que le sommeil, l'appétit, le vécu émotionnel, le niveau d'énergie, de motivation, d'attention et de capacité à éprouver du plaisir. Le climat est en règle générale quelque chose de constant, donc peu variable sur de longues périodes. Une perturbation de l'humeur devrait ainsi être considérée comme un cumul de paramètres modifiés, autrement dit de signes cliniques (syndrome), sur un laps de temps plus ou moins long et dont la modification est discrète, lente. Il est en général difficile de déterminer si un ou des événements influencent l'humeur. Cette dernière est, le plus souvent, la résultante de différentes forces en jeu et il semble donc difficile de lui attribuer une fonction précise.

L'émotion, comparée à la température, est un paramètre de l'humeur, l'une de ses parties constituantes. De par ses caractéristiques psychophysiologiques, elle influence d'autres paramètres de l'humeur tels que la motivation, la capacité attentionnelle, le niveau d'énergie. En revanche, l'émotion est quelque chose de moins aisément divisible en parties constituantes. Elle a une fonction déterminée comme par exemple d'aider à éviter un danger (peur) ou à persévérer dans une activité bénéfique (joie) ou à partager des informations de manière non-verbale. Il n'est toutefois pas clair combien de temps elle doit ou peut durer ni

combien de temps elle requiert pour s'éteindre. Probablement qu'il n'y a pas de durée déterminée et que c'est pour cela qu'elle se confond si facilement avec l'humeur.

J. Cottraux (2007) définit l'émotion comme « une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète et/ou révèle le vécu subjectif de celui qui est affecté par un événement interne ou externe » (page 2). Selon lui, elle présente les caractéristiques suivantes: elle est à la fois sensation et construction mentale, elle a une fonction de survie, elle est observable et de durée brève. Dans ce même ouvrage, il décrit que « la notion d'humeur renvoie à la stabilité d'un état émotionnel qui dure quelques jours, quelques semaines ou toute la vie : l'humeur est donc plus le reflet d'un tempérament ou de la personnalité. (...) L'humeur peut être la condition de base sur laquelle vont apparaître les mouvements émotionnels. » (page 5).

Humeur et émotions s'influencent donc mutuellement : l'humeur peut mettre l'individu dans une prédisposition favorisant l'émergence de certaines émotions plutôt que d'autres. Par exemple, le patient dépressif (humeur) vivra davantage d'émotions congruentes à cette humeur comme p.ex. la peur. Une série d'émotions ou une émotion prolongée peuvent induire des modifications d'humeur : la peur répétée pourrait, p.ex., induire de la dépression.

Cette différenciation est importante car les troubles bipolaires ressortent des troubles dits de l'humeur alors que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline relève davantage d'un trouble lié aux émotions. Dans la pratique clinique, cette différenciation reste encore difficile à faire et nous avons vu que la CIM-10 ne nous aide pas vraiment (ni, par ailleurs, le DSM-5 ; (American Psychiatric Association, 2013)) car parmi les critères diagnostiques pour le trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline elle mentionne « humeur instable et capricieuse ». Si l'on considère donc que l'humeur est un état global et durable alors que l'émotion est plutôt un état transitoire et réactif, il en découle que l'évaluation d'un état d'humeur et des troubles de l'humeur en général, devrait se faire sur la base d'une observation du patient sur une période relativement longue et/ou se fonder sur des éléments cliniques fiables sur des longues périodes. Ces éléments cliniques et anamnestiques font souvent défaut ou alors sont vagues. Le patient est le plus souvent évalué ponctuellement ce qui augmente le risque de confondre un état émotionnel ponctuel avec l'humeur.

La transition entre un état « normal » et « pathologique » est également difficile à évaluer car souvent la subjectivité peut ne pas correspondre à la réalité externe. Pour répondre à cette difficulté, la CIM-10 se base sur la quantité et la qualité des symptômes. Pour le diagnostic

d'épisodes thymiques, il faut un certain nombre de symptômes qui provoquent une perturbation significative du fonctionnement du patient (cfr en annexe les critères diagnostics pour les troubles de l'humeur). Théoriquement cela semble cohérent et simple mais en réalité nous manquons d'éléments paracliniques fiables. Certains questionnaires peuvent nous aider dans cette quête d'objectivité mais ceux-là aussi sont bien évidemment soumis à la subjectivité du patient et/ou de l'examineur.

1.2 Historique des troubles de l'humeur

Un bref aperçu historique des troubles de l'humeur peut nous aider à mieux comprendre les critères actuels des deux classifications modernes des troubles psychiatriques (DSM-5 et CIM-10). Les anomalies de l'humeur sont décrites depuis l'antiquité. Hippocrate (460-370 av. J-C.) différencie manie et mélancolie sur la base de la théorie des humeurs. Il est probablement le premier à réfuter l'origine divine des maladies de l'humeur tout en plaidant en faveur d'une étiologie cérébrale, voire un dysfonctionnement cérébral. L'origine du terme mélancolie est assez claire : « melas » et « cholé » signifiant bile noire en grec. Elle est basée sur la théorie des fluides corporels et, plus largement, sur l'équilibre des quatre éléments (terre, eau, air, feu) à l'origine du monde. L'étymologie du terme manie est cependant plus incertaine. Classiquement, ce terme était utilisé pour définir une réaction de colère ou d'excitation, une maladie biologique, un état divinatoire ou un type de tempérament (Angst et Marneros, 2001). Arrêtee de Cappadoce (II-I siècle av. J-C.) est le premier qui considère la mélancolie et la manie comme faisant partie du même concept nosologique. Il est donc le premier à conceptualiser ce que l'on appelle aujourd'hui le trouble bipolaire. Arrêtee différencie même la mélancolie, d'origine biologique, de la dépression réactive, d'origine psychologique (Angst et Marneros, 2001).

Bien plus tard, en France et en Allemagne, ces concepts sont repris et reformulés. Vers 1845, le médecin allemand Wilhelm Griesinger évoque des troubles à évolution saisonnière, avec une mélancolie plus fréquente en automne/hiver et une manie printanière ainsi que des évolutions à cycles rapides. C'est en 1851 que le médecin français Jean-Pierre Falret utilise le terme « folie circulaire » pour décrire l'alternance entre dépression et manie avec des intervalles libres d'euthymie plus ou moins longs. En 1854, un autre médecin français, Jules Baillarger, décrit une « folie à double forme » mais, au contraire de son contemporain Falret, il considère que l'alternance se fait d'un état à l'autre, sans période normothymique intermédiaire (Angst et Marneros, 2001, Ferrero et Aubry, 2009). Indépendamment de ces

divergences, les deux hommes, élèves d'Esquirol, esquissent encore mieux qu'Arrêtée le concept moderne du trouble bipolaire.

Le psychiatre allemand Emil Kraepelin (1856-1926), considéré comme le père de la psychiatrie moderne et connu pour sa dichotomie entre « *dementia praecox* » et « trouble maniaco-dépressif », considère les troubles de l'humeur comme une unité dans laquelle la dépression et la manie ne sont que les syndromes ou variantes d'un trouble maniaco-dépressif (Angst et Marneros, 2001). Kraepelin, par ailleurs, fut celui qui remplaça le terme de mélancolie par le terme de dépression (Lalonde et al., 1999, page 288-290).

Par opposition à cette vision, le médecin allemand Karl Kleist (1879-1960) utilise les termes « *einpolig* » (unipolaire) et « *zweipolig* » (bipolaire) pour décrire les troubles de l'humeur. C'est lui, qui emploie en premier le terme de « bipolaire » en 1953 (Ferrero & Aubry, 2009). Un autre médecin allemand, Karl Leonhard (1904-1988), collaborateur de Kleist, rejoint cette façon de voir. Dans leurs conceptions respectives, la manie - comme épisode unique ou comme seule polarité - ne ferait pas partie du trouble bipolaire (Angst et Marneros, 2001).

La dichotomie actuelle entre trouble unipolaire et trouble bipolaire s'est développée depuis lors grâce à deux experts de la bipolarité: le médecin suisse Jules Angst, à Zürich, et l'italien Carlo Perris, en Suède, en 1966 (Angst et Marneros, 2001). Angst, en particulier, différencie les dépressions unipolaires et les troubles bipolaires, ceux derniers comprenant l'alternance de manie et mélancolie mais aussi les manies isolées. Cette dichotomie se base sur des études génétiques (le trouble bipolaire étant plus fréquents dans les familles de patients souffrant de cette pathologie) et des données épidémiologiques (âge de début plus précoce pour le trouble bipolaire que pour le trouble unipolaire et prévalence hommes/femmes 1:1 pour le trouble bipolaire et 2:1 pour le trouble unipolaire) (Lalonde et al., 1999, page 288-290). Le médecin américain David Dunner, en 1976, différencie ensuite le trouble bipolaire type I (alternance entre manie et mélancolie) du trouble bipolaire type II (alternance entre mélancolie et hypomanie, reprenant le concept de 1881 du médecin allemand Emanuel Mendel pour décrire la manie d'intensité légère) (Angst et Marneros, 2001, Ferrero & Aubry, 2009). Cette différenciation semblait nécessaire notamment due au risque majeur de suicide des patients atteints du type II (Lalonde et al., 1999, page 288-290).

En 1981, l'américain Gerald Klerman, évoque l'hypothèse d'un spectre bipolaire, afin de différencier six types de troubles bipolaires (Ferrero et Aubry, 2009). Ce concept de spectre s'est ultérieurement développé jusqu'à aboutir à la classification de Hagop Akiskal et Olavo Pinto en 2000.

bipolaire ½	trouble schizobipolaire
bipolaire I	maladie maniaco-dépressive
bipolaire I ½	dépression avec hypomanie prolongée
bipolaire II :	dépression avec hypomanie spontanée
bipolaire II ½	dépression avec tempérament cyclothymique
bipolaire III	dépression avec hypomanie associée à un traitement par antidépresseur ou autre traitement somatique
bipolaire III ½	oscillations marquées de l'humeur dans un contexte d'abus de substance ou d'alcool
bipolaire IV	dépression avec tempérament hyperthymique

Tableau 1 : Classification des troubles bipolaires, selon Akiskal et Pinto (2000)

La nouveauté de ce concept réside dans la compréhension des troubles bipolaires comme un continuum et non plus comme des états figés. En même temps, la notion de pathologie devient floue car le continuum existe non seulement entre les différents états d'humeur pathologiques mais aussi entre l'état « normal » et l'état « pathologique ». Comme nous le verrons, l'état pathologique devient un concept quantitatif plus qu'un concept qualitatif; à partir d'un certain nombre de symptômes cumulés l'on considère un état comme pathologique.

A ce jour le spectre bipolaire est un concept très hétérogène, allant du tempérament cyclothymique à la manie en passant par les troubles schizo-affectifs, les épisodes mixtes et le trouble pseudo-unipolaire (dépressions récurrentes avec antécédents familiaux de bipolarité). Or le concept de tempérament cyclothymique, ou cyclothymie, est à la frontière entre la « norme » et la « pathologie ». Selon certains auteurs, ce tempérament pourrait même inclure certains types de troubles de la personnalité, comme le trouble de la personnalité de type borderline ou histrionique (Angst et Marneros, 2001). Cet aspect complique ultérieurement la différenciation entre humeur et émotion, entre trouble bipolaire et trouble de personnalité borderline, déjà évoqués plus hauts.

Ces tentatives nosographiques et taxonomiques reflètent la complexité liée à la notion de l'humeur.

Pour revenir aux critères de classification moderne des troubles de l'humeur, la dichotomie entre trouble unipolaire et bipolaire est reprise par la CIM-10, dans laquelle l'on distingue le trouble unipolaire et bipolaire au sein de la catégorie trouble de l'humeur. Dans le DSM-5 cette dichotomie est même accentuée par la séparation en deux catégories : « Bipolar and Related Disorder » et « Depressive Disorder ».

Le tableau suivant présente la classification actuelle des troubles de l'humeur selon la CIM-10.

(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)
(F30) Épisode maniaque
(F30.0) Hypomanie
(F30.1) Manie sans symptômes psychotiques
(F30.2) Manie avec symptômes psychotiques
(F30.8) Autres épisodes maniaques
(F30.9) Episode maniaque, sans précision
(F31) Trouble affectif bipolaire
(F31.0) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
(F31.1) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
(F31.2) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques
(F31.3) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
(F31.4) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
(F31.5) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques
(F31.6) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
(F31.7) Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission
(F31.8) Autres troubles affectifs bipolaires
(F31.9) Trouble affectif bipolaire, sans précision
(F32) Épisodes dépressifs
(F32.0) Épisode dépressif léger
(F32.1) Épisode dépressif moyen
(F32.2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
(F32.3) Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
(F32.8) Autres épisodes dépressifs
(F32.9) Épisode dépressif, sans précision
(F33) Troubles dépressifs récurrents

(F33.0) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
(F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
(F33.2) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
(F33.3) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
(F33.4) Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
(F33.8) Autres troubles dépressifs récurrents
(F33.9) Trouble dépressif récurrent, sans précision
(F34) Troubles de l'humeur (affectifs) persistants
(F34.0) Cyclothymie
(F34.1) Dysthymie
(F34.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants
(F34.9) Trouble de l'humeur (affectif) persistant, sans précision
(F38) Autres troubles de l'humeur (affectifs)
(F38.0) Autres troubles de l'humeur (affectifs) isolés
(F38.1) Autres troubles de l'humeur (affectifs) récurrents
(F38.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) précisés
(F39) Trouble de l'humeur (affectif), sans précision

1.3 Caractéristiques cliniques

Les troubles de l'humeur sont chroniques et leur évolution se caractérise par des épisodes thymiques dont il existe quatre types : épisode dépressif, hypomanie, manie et épisode mixte (cfr annexes pour les critères précis selon la CIM-10).

L'épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent ne se différencie, en principe, pas d'un épisode dépressif d'un trouble bipolaire. Néanmoins, l'apparition d'épisodes dépressifs avant l'âge de 25 ans, des changements brusques de la thymie (de type « on/off »), la présence de symptômes atypiques tels qu'hypersomnie et hyperphagie, une tendance à la saisonnalité des épisodes, des épisodes souvent courts (moins de 3 mois), une forte récurrence, une anamnèse familiale positive pour un trouble bipolaire et la présence de symptômes psychotiques ont été décrits comme des caractéristiques de la dépression bipolaire. L'apparition du premier épisode dépressif dans le post-partum peut aussi cacher un trouble bipolaire.

Hegerl et al. (2008) montrent comment l'apparition de la dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire est souvent beaucoup plus rapide (en quelques heures à quelques jours) que dans un trouble dépressif récurrent (souvent en quelques semaines).

Dans la CIM-10, l'hypomanie se différencie de la manie, notamment par une altération moins forte du fonctionnement que la manie. Cette dernière ne présente donc pas obligatoirement davantage de symptômes que l'hypomanie, malgré une liste de 9 symptômes possibles pour la manie contre 7 pour l'hypomanie. Les deux symptômes manquants de la liste de l'hypomanie sont la « *fuite des idées ou la sensation subjective que les pensées défilent* » et l'« *augmentation de l'estime de soi ou les idées de grandeur* ». La manie est, par contre, cliniquement plus intense que l'hypomanie, altérant plus fortement le fonctionnement psychosocial du sujet. Elle peut, dans des cas très marqués, présenter des symptômes psychotiques (idées délirantes de type mégalomaniaques, comportements désorganisés et parfois aussi des hallucinations). Ces symptômes excluent à priori une hypomanie. Très souvent la manie nécessite une hospitalisation alors que c'est plutôt rare pour l'hypomanie, qui peut parfois même passer inaperçue.

Comme on peut l'imaginer, la différenciation entre ces deux entités conceptuellement différentes est en partie subjective et aléatoire, rendant le travail du clinicien difficile.

Si au cours de sa maladie le patient présente uniquement des épisodes de dépression on parlera de trouble dépressif récurrent (TDR) ou de dépression unipolaire. Si les épisodes dépressifs sont alternés par des épisodes hypo-/maniaques alors il s'agit d'un trouble bipolaire (TB). Le DSM-5, pour être plus précis, prévoit même le diagnostic de trouble bipolaire en présence d'un seul épisode maniaque. La CIM-10 en revanche exige minimum deux épisodes thymiques (dont au moins un de hausse de l'humeur) pour le diagnostic de trouble bipolaire. Toujours pour la CIM-10, la présence d'épisodes mixtes implique automatiquement le diagnostic de trouble bipolaire.

Certains épisodes ne présentent que quelques symptômes thymiques opposés : par exemple une dépression avec 2 ou 3 symptômes maniaques sans tout le tableau clinique maniaque. On parle alors dans ce cas de dépression mixte.

Les troubles bipolaires se différencient selon le DSM-5, mais pas selon la CIM-10, en troubles bipolaires de type I et II; le premier est caractérisé par la présence d'épisodes maniaques et le deuxième par la présence d'hypomanies.

Dans la pratique, il n'est pas aisé de différencier tous ces aspects, d'autant plus que des éléments génétiques (par exemple la présence d'un trouble bipolaire d'un parent de premier degré) ou cliniques particuliers (par exemple une dépression post-partum ou dépression atypique) peuvent faire suspecter un trouble bipolaire alors que les éléments formels des

classifications ne sont pas tous satisfaits. Le concept de spectre bipolaire peut ainsi mieux regrouper cette population cliniquement très variable sans taxonomie précise ; dans ce sens, la cyclothymie, parfois nommée tempérament cyclothymique, qui se caractérise par des fluctuations de l'humeur tantôt vers la dépression et tantôt vers l'hypomanie, sans pour autant répondre aux critères stricts d'une dépression majeure ou d'une hypomanie selon les classifications, trouve aussi sa place.

C'est surtout l'évolution sur le long terme qui permet de différencier entre un trouble dépressif récurrent et un trouble bipolaire. En effet, tant que le patient ne présente pas d'épisodes hypo-/maniaques ou mixtes, le trouble bipolaire est formellement exclu, mais il se peut qu'un tel épisode apparaisse après plusieurs épisodes de dépression. Ainsi chez des patients chez qui initialement un trouble dépressif récurrent a été retenu, un trouble bipolaire est finalement diagnostiqué, parfois des années plus tard. Ce retard dans le diagnostic peut être expliqué par le fait que les troubles de l'humeur sont à évolution par épisodes et qu'entre les épisodes il peut y avoir des intervalles asymptomatiques. Si ces intervalles sont longs, par exemple de quelques années, le diagnostic correct peut s'en trouver retardé.

En ce qui concerne l'évolution des troubles de l'humeur au long cours, divers éléments cliniques sont pertinents et peuvent influencer le type de traitement à proposer. Par exemple, la notion de saisonnalité décrit la présence d'un épisode thymique durant 3 mois consécutifs, suivi d'une disparition de l'épisode pendant au moins 3 mois et cela durant au moins deux ans de suite. Le cas de figure le plus connu est celui la dépression hivernale (Seasonal Affective Disorder, décrit en premier par Rosenthal et al., 1984), qui répond bien au traitement par luminothérapie, comme alternative au traitement classique par antidépresseurs. Une étude d'Akther (2013) sur 313 patients souffrant de TBI et TBII met en évidence une tendance à la saisonnalité pour l'élévation de l'humeur vers les mois d'août-octobre et une tendance à la dépression en hiver, en particulier pour ceux souffrant de TBI.

Un autre élément important pour l'évolution est la notion de « cycles rapides » ; elle est caractérisée par la présence d'au moins 4 épisodes thymiques distincts sur 12 mois. Etant donné qu'il faut avoir un intervalle libre de plusieurs mois ou la présence d'un épisode à polarité inverse du dernier pour parler d'épisodes distincts, cette évolution ne s'applique (pratiquement) qu'aux troubles bipolaires.

1.4 Épidémiologie

La prévalence sur la vie du trouble bipolaire varie selon les études et les échelles d'évaluation. Une étude de Merikangas (2007) aux USA estime la prévalence à vie du TBI à 1%, le TBII à 1.1% et les troubles bipolaires subcliniques à 2.4%. La prévalence sur l'année est estimée à 0.6% pour le TBI, à 0.8% pour le TBII et à 1.4% pour les troubles bipolaires subcliniques. En 2012 dans une étude internationale, le même auteur (Merikangas et Lamers, 2012) trouve des prévalences pour le TBI à 0.6%, pour le TBII à 0.4% et pour les troubles bipolaires subcliniques à 1.4%. Ces chiffres sont comparables aux chiffres d'autres études. En 2003, Angst et al. ont estimé une prévalence sur la vie du trouble bipolaire à 6%, considérant les critères officiels pour le diagnostic trop restrictifs (Angst et al., 2003). Angst propose d'élargir les critères de bipolarité aux sujets qui présentent des épisodes d'augmentation de l'activité, de hausse de l'humeur ou d'humeur irritable en plus de 3 autres symptômes d'hypomanie sans critère de durée, pour autant que ces épisodes représentent un changement notable du fonctionnement habituel du patient (*bipolarity specifier*). Dans l'étude BRIDGE de 2012 (Angst et al., 2012) par exemple, sur 5635 patients unipolaires, 2658 (47%) présentent cette spécificité bipolaire. Selon ces critères, de nombreux patients seraient mal diagnostiqués et ainsi erronément traités. Cet élément représente l'une des nouveautés du DSM-5. Dans ce dernier, l'augmentation de l'énergie ou de l'activité vers un but devient l'un des critères principaux pour l'hypomanie ou la manie.

On pourrait même penser au trouble dépressif récurrent comme à un trouble bipolaire avant l'apparition du premier épisode de hausse de l'humeur. Dans ce sens, une étude d'Angst (2003) retrouve un taux de conversion d'un TDR vers un TBI d'environ 1% et d'un TDR vers TBII de 0.5% par an.

La distribution entre hommes et femmes est comparable, alors que pour le TDR l'on observe deux femmes pour un homme.

L'âge du début de la maladie reste difficile à déterminer. Selon l'étude déjà mentionnée de Merikangas (2007), l'âge moyen du début de la maladie déterminé rétrospectivement est de 18.2 ans pour le TBI, 20.3 pour le TBII et 22.2 pour les troubles bipolaires subcliniques.

Selon Hawton (2005), le risque de tentative de suicide est très variable chez les patients bipolaires et oscille entre 20 à 56%. Dix à 15% des patients meurent par suicide.

1.5 Comorbidités

Les troubles bipolaires présentent fréquemment des comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques, ce qui contribue également à la difficulté de traitement. Les tableaux cliniques complexes peuvent parfois amener à des diagnostics incorrects. Un diagnostic erroné peut ainsi amener à un mauvais traitement pharmacologique ou psychothérapeutique, à une moins bonne évolution, aux risques d'une exposition à des traitements inutiles voire pouvant péjorer l'évolution clinique. Selon Keck et al. (2001), un diagnostic erroné augmente le risque de suicide et les coûts de la santé peuvent également s'en trouver accentués.

D'après une étude de Hirschfeld & al. (2003), les faux diagnostics les plus fréquents pour le trouble bipolaire sont la dépression unipolaire (60%) et un trouble anxieux (26%). Un peu moins fréquents sont la schizophrénie, le trouble de personnalité de type borderline et un trouble addictif.

Selon Boylan et al. (2004), ce sont les troubles anxieux qui sont les comorbidités les plus fréquentes chez les patients souffrant de troubles bipolaires. D'après cette étude, 55% des patients bipolaires en présente au moins un.

Merikangas (2007) constate une très haute comorbidité entre le trouble bipolaire et les autres diagnostics (de l'axe I) : globalement 92.3% des patients bipolaires présentent au moins un trouble comorbide. Pour elle, les troubles anxieux sont de loin les plus fréquents (presque 75% des patients) avec les attaques de panique au premier plan. Suivent avec 62.8% les troubles liés à l'impulsivité (dont le trouble de déficit de l'attention et hyperactivité, TDA-H, à 31.4% p.ex.) et à 42.3% les addictions.

D'autres études montrent des pourcentages divergents pour la comorbidité anxieuse : 73% selon Gao (2013) contre 44.5% pour Mantere (2006). Selon ces deux derniers auteurs, la comorbidité avec une addiction varie entre 19.9% et 28.9%.

Brieger et al. (2003) trouvent dans leur échantillon l'équivalent de 38% de comorbidité entre le trouble bipolaire et un trouble de personnalité. Dans leur méta-analyse de 7 études, ils indiquent une comorbidité de 45%. Ils ne font en revanche pas la distinction entre TBI et TBII. Les troubles de personnalité du cluster B (en particulier narcissique et borderline) et cluster C (en particulier anxieuse) semblent être plus fréquents que ceux du cluster A.

Selon Mantere (2006), la comorbidité avec les troubles de la personnalité se situe autour de 43%. Dans cette référence, ils font la distinction entre TBI et TBII ; 42.2% pour les premiers et 43.6% pour les seconds.

L'étude BRIDGE (Angst et al., 2012) trouve environ 15% de comorbidité avec un trouble de la personnalité de type borderline chez les patients unipolaires avec *bipolarity specifier*. A noter que le débat sur la nosologie du trouble bipolaire et du trouble de la personnalité de type borderline n'est pas achevé : certains auteurs considèrent le trouble de la personnalité de type borderline comme faisant partie du « spectre bipolaire » et d'autres préfèrent aborder ces deux troubles comme étant bien différenciés. Cela peut expliquer la différence des résultats évoqués.

En ce qui concerne la comorbidité des troubles bipolaires avec le TDA-H chez les adultes, les chiffres varient entre 9,5% et 21% (Nierenberg et al., 2005, Slama, 2006, Tamam et al., 2008, Wingo & Ghaemi, 2007). Cette comorbidité semble être plus fréquente chez les patients souffrant de TBI (Nierenberg et al., 2005). Certains auteurs (Henin et al., 2007, Tamam et al., 2006) évoquent que des troubles de l'enfance, TDA-H compris, anticipent l'apparition du trouble bipolaire chez l'adulte. Le TDA-H de l'enfant serait même en relation avec l'apparition précoce du trouble bipolaire à l'âge adulte.

1.6 Traitement et recommandations internationales pour la dépression bipolaire

Les patients bipolaires (I et II) passent trois fois plus de temps en dépression qu'en hypomanie (Judd et al., 2002, Kupka et al., 2007)). Une étude récente (Akhter et al., 2013) va également dans ce sens avec 40.5% des semaines passées en dépression pour les patients souffrant de TBII et 31.5% pour ceux souffrant de TBI. Dans cette étude, les patients souffrant de TBII présentaient seulement 1.6% des semaines avec une élévation de l'humeur.

Le traitement de la manie et de l'hypomanie réside essentiellement sur l'utilisation en monothérapie du lithium, de l'acide valproïque et de presque tous les antipsychotiques atypiques.

A ce jour plusieurs recommandations internationales proposent des algorithmes pharmacologiques pour le traitement aigu de la dépression bipolaire. A. Nivoli et al. (2011) présentent une revue des recommandations en vigueur : la quetiapine (XR), la lamotrigine et, dans une moindre mesure, le lithium semblent ressortir comme les seuls traitements pharmacologiques en monothérapie indiqués pour la dépression bipolaire aiguë ; autrement, c'est l'association de stabilisateurs d'humeur, d'antipsychotiques et d'antidépresseurs (p.ex. olanzapine/fluoxétine) qui est indiquée. Les antidépresseurs ont suscité beaucoup de débats autour de leur indication dans les troubles bipolaires, d'une part pour leur manque d'efficacité

et d'autre part pour leur risque d'induire des épisodes hypo-/maniaques ou mixtes, malgré le peu d'études bien menées autour de cette question (Sidor et Macqueen, 2011). S. Ghaemi et al. (2010) estiment que l'évolution des troubles bipolaires à cycles rapides peut être péjorée par l'utilisation d'antidépresseurs, même pour les épisodes dépressifs. Ils ne considèrent pas que la poursuite d'antidépresseurs chez des patients souffrant de TBI et TBII, en euthymie, diminue le risque de récurrences dépressives. Dans cette étude par contre, les antidépresseurs ne sont pas liés à un risque accru d'induction d'hypo-/manie.

M. Tohen et al. (2003) ont examiné l'utilisation de l'olanzapine versus la combinaison olanzapine-fluoxétine (OFC) versus placebo dans le traitement aigu de la dépression auprès de 833 patients souffrant de TBI. L'OFC se révèle être plus efficace dans la réponse et la rémission de l'épisode dépressif que l'olanzapine seule ou le placebo, avec un risque d'induction de manie similaire pour l'olanzapine et le placebo.

G. Sach et al. (2007) ont étudié l'adjonction d'antidépresseurs (paroxétine ou bupropion) versus placebo, en association avec le lithium ou l'acide valproïque, chez 366 patients souffrant de TBI et de TBII en dépression : ajouter l'un de ces deux antidépresseurs n'améliore pas la réponse après 26 semaines de suivi et le risque de virage en épisode mixte/maniaque n'est pas plus élevé. Il s'agit à ce jour de la plus grande étude bien menée autour de l'utilisation des antidépresseurs en traitement aigu de la dépression bipolaire. Un autre élément intéressant de cette étude est l'inclusion de patients avec des comorbidités telles que les troubles anxieux et les addictions. De ce fait la population incluse se rapproche de la population réelle des consultations psychiatriques. En revanche, il se peut que l'efficacité des antidépresseurs dans la dépression bipolaire soit diminuée par la complexité du tableau clinique. Selon Gao (2013), la comorbidité avec un trouble anxieux p.ex. pourrait diminuer l'efficacité du traitement antidépresseur ou stabilisateur de l'humeur.

Contrairement à la méta-analyse de Gijsman (2004), mettant en évidence l'efficacité des antidépresseurs dans les troubles bipolaires, Sidor (2011), dans une méta-analyse de 15 études randomisées contrôlées (RCT), dont 7 portant sur des patients souffrant de TBI et de II, parvient à la conclusion que les antidépresseurs ne semblent pas efficaces dans le traitement aigu de la dépression bipolaire.

Dans sa conclusion, Sidor (2011) se demande si des caractéristiques spécifiques cliniques pourraient mettre en évidence un sous-groupe de patients bipolaires pouvant bénéficier d'antidépresseurs. Il n'y donne toutefois pas de réponse. Dans cette méta-analyse le risque de

virage sous antidépresseur ne semble pas être plus marqué qu'en l'absence d'antidépresseur, sauf peut-être pour les antidépresseurs tricycliques.

Swartz (2011) évalue 21 études portant sur le traitement aigu de la dépression chez des patients souffrant de TBII. Cette méta-analyse conclut que la quétiapine (surtout sur la base de l'étude de Sachs de 2007, soutenue par l'industrie pharmaceutique) reste le traitement de première intention. La lamotrigine se présente en deuxième intention. Les antidépresseurs en monothérapie semblent présenter des résultats favorables dans 2 études. L'une d'elles est l'étude d'Amsterdam (2010) qui relève que la fluoxétine en monothérapie sur 50 semaines est plus efficace que le lithium ou le placebo dans la prévention d'épisodes thymiques chez 81 patients souffrant de TBII, ayant répondu auparavant à la fluoxétine lors d'un épisode dépressif passé. Dans la seconde étude, avec un tout petit collectif de patients, Parker (2006) met en évidence que, sur 10 patients souffrant de TBII à évolution avec « cycles rapides », l'escitalopram est plus efficace que le placebo dans la prévention d'épisodes thymiques sur 9 mois. Les 2 études ne confirment pas l'augmentation de risque de virage sous antidépresseurs.

Plus récemment, Fornaro (2013) met en évidence la possibilité de l'efficacité de l'adjonction d'agomélatine au lithium ou à l'acide valproïque dans le traitement à court terme (6 semaines) et moyen terme (36 semaines) de la dépression bipolaire chez 28 patients souffrant de TBII. Septante et un pourcent des patients de cette petite étude présentent une réponse et 55% une rémission. Malheureusement cette étude présente quelque biais, notamment le fait de ne pas être « en aveugle ». Ces résultats sont donc difficilement interprétables et à prendre avec précaution.

D. Kemp (2011) se pose la question différemment : selon sa méta-analyse, le manque d'amélioration rapide (en moins de 2 semaines) lors de l'introduction d'un antidépresseur pour le traitement aigu de la dépression bipolaire semble prédire une mauvaise réponse ou absence de rémission. Cette méta-analyse ne prend pas en considération les études avec des antidépresseurs en monothérapie.

Dans une autre méta-analyse, Fountoulakis et al. (2012) retiennent que les antidépresseurs ne semblent pas présenter un effet clinique marquant lors du traitement aigu de la dépression bipolaire. Plus floue est la question de leur utilité sur le long terme à des fins de prévention.

Concernant le risque de virage en hypo-/manie induit par les antidépresseurs, les trois études susmentionnées (Sachs et al., 2007, Sidor et Macqueen, 2011, Swartz et Thase, 2011) semblent s'accorder sur le fait que les antidépresseurs, hormis les antidépresseurs tricycliques, n'augmentent pas ce risque. Dans ce sens les ISRS et le bupropion semblent être des

antidépresseurs « sûrs ». Swartz (2011) conclut que les antidépresseurs chez les patients souffrant de TBII représentent globalement un risque plus bas de virage que chez ceux souffrant de TBI.

B. Amit (2012) souligne que la question de l'utilisation des antidépresseurs dans les troubles bipolaires reflète un manque d'évidence scientifique clair dans les différentes recommandations internationales : certaines (p.ex. la British Association of Psychopharmacology; Goodwin, 2009) permettent la prescription d'antidépresseurs en monothérapie en traitement de première intention en l'absence d'anamnèse claire de manie. L'American Psychiatric Association (APA; 2005) et la World Federation Societies of Biological Psychiatry (WFSBJ; Grunze et al., 2010) recommandent la fluoxétine en première intention seulement si elle est associée à l'olanzapine (OFC). Le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT; Yatham et al., 2013) et le National Institut of Clinical Excellence (NICE; 2009) sont un peu plus vagues lors qu'ils indiquent l'association antidépresseur-antimaniaque comme traitement de premier choix.

Frye et al. (2011) relatent que les seuls traitements approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis pour la dépression bipolaire sont la quétiapine (XR) et l'association olanzapine-fluoxétine.

McIntyre et al. (2013) mentionnent la lurasidone, en monothérapie ou associée au lithium ou au valproate, comme traitement supplémentaire approuvé par la FDA pour la dépression bipolaire. La lamotrigine y est mentionnée surtout dans la prévention d'épisodes dépressifs.

La Société Suisse des Troubles Bipolaires (Hasler et al., 2011) propose le lithium et la quétiapine comme les seuls traitements en monothérapie dans cette indication. En association, elle propose l'utilisation d'un antidépresseur ISRS ou le bupropion.

En 2013, la Société internationale des troubles bipolaires (Pacchiarotti et al., 2013) a publié une revue et recommandation sur l'utilisation des antidépresseurs dans les troubles bipolaires ; l'efficacité des antidépresseurs en monothérapie lors d'un épisode dépressif aigu au cours d'un trouble bipolaire n'est globalement pas prouvée malgré quelques données favorables pour la dépression en cas de TBII. La fluoxétine, combinée à l'olanzapine, semble présenter une efficacité clinique, alors que la paroxétine et le bupropion ne semblent pas être efficaces en association à un stabilisateur. Concernant l'induction d'un virage en hypo-/manie, le risque semble plus élevé pour les cas de TBI comparés aux cas de TBII et plus marqué pour les antidépresseurs tricycliques et la venlafaxine. En revanche, les ISRS ne semblent pas augmenter ce risque. Peu de données existent autour du risque d'accélération

des cycles due aux antidépresseurs. Peu claire reste aussi la question de l'impact des antidépresseurs sur la suicidalité chez les patients bipolaires. En conclusion de cette revue « ... *it is not currently possible to make firm clinical recommendations that are soundly evidence based* ». En pratique, cette société recommande l'adjonction d'antidépresseurs dans le traitement aigu de la dépression bipolaire en cas d'antécédents de réponse aux antidépresseurs, mais elle serait à éviter lors d'un épisode dépressif avec agitation psychomotrice et au moins deux autres symptômes maniaques. Un traitement antidépresseur au long cours serait à considérer en cas de récurrence dépressive suite à l'arrêt de l'antidépresseur. La monothérapie avec antidépresseurs serait à éviter chez les patients souffrant de TBI et lors d'un épisode dépressif avec au moins deux symptômes maniaques. L'utilisation des antidépresseurs serait à éviter lors d'antécédents de virage, lorsqu'on constate un virage, lors d'une évolution à cycles rapides ou à prédominance d'épisodes mixtes ou en présence d'épisodes mixtes/hypomaniaques ou maniaques.

Finalement, pour l'utilisation des antidépresseurs, on peut relever que selon une étude de Weinstock (2014), sur un échantillon naturaliste de 230 patients souffrant de TBI, les femmes étaient plus à risque d'expositions aux antidépresseurs que les hommes.

La pharmacologie des troubles de l'humeur reste variée et inclut pratiquement toutes les classes de psychotropes : les stabilisateurs de l'humeur (classe hétérogène incluant comme médicament de référence les sels de lithium mais également des antiépileptiques comme le valproate ou la lamotrigine par exemple), les antipsychotiques (en particulier ceux de deuxième génération) et les antidépresseurs (bupropion et ISRS avant tout, dont les mécanismes d'action diffèrent passablement).

Les différences pharmacodynamiques des différentes classes de psychotropes suggèrent donc des mécanismes pathologiques complexes. Il est probable que le dénominateur commun de ces classes de médicaments soit l'effet positif sur la neuroplasticité, en favorisant la neurogénèse et/ou l'augmentation des synapses (Aubry et al., 2013, p. 44).

La particularité du traitement pharmacologique des troubles de l'humeur réside dans la prise en considération des différents épisodes thymiques possibles et la prévention au long cours des deux polarités. C'est dans ce sens que le mot « stabilisateur de l'humeur » ou « thymo-régulateur » est utilisé. La définition du terme stabilisateur de l'humeur n'a actuellement pas encore de consensus (Aubry et al., 2013, p. 77-80). Toutefois, ces médicaments devraient pouvoir être efficaces dans les différentes étapes du traitement : phase aiguë, prévention des rechutes et des récurrences. En phase aiguë, un stabilisateur devrait pouvoir agir sur les

symptômes dépressifs, hypo-/maniaques ainsi que sur les épisodes mixtes. Pendant longtemps seul le lithium a été considéré comme tel, malgré une efficacité moindre dans le traitement aigu en monothérapie de la dépression bipolaire.

Depuis plusieurs années en pratique clinique, les antipsychotiques atypiques, quétiapine et olanzapine en tête, sont souvent considérés comme stabilisateurs de l'humeur. Toutefois, le manque de recul sur le long terme et l'absence de réplication d'études d'efficacité, notamment pour le traitement aigu de la dépression bipolaire, ne permettent pas encore de les considérer comme tels.

Reste à considérer que dans les troubles bipolaires la notion d'intervalle libre est floue car théoriquement cela signifierait l'absence de tout symptôme lié au trouble avec un retour au fonctionnement prémorbide. La réalité est plus complexe car souvent même en dehors d'épisodes thymiques aigus, les patients bipolaires présentent des symptômes résiduels tels qu'insomnie, dysphorie et troubles cognitifs.

Souvent les patients souffrant de troubles de l'humeur et en particulier de troubles bipolaires reçoivent plusieurs médicaments en même temps (polypharmacie). Kulkarni (2012), dans son étude sur 222 patients TBI ou schizo-affectifs, rend compte d'une médiane de 5 médicaments (étendue 1-16), prouvant bien par là que la polypharmacie est habituelle. Weinstock (2014) observe que la moyenne de molécules prescrites pour des patients TBI au moment d'une hospitalisation était de 3.3 et que si on prenait en considération la médication non psychiatrique cette moyenne augmentait à presque 6 (5.94) molécules ! Plus d'un tiers (36%) de la cohorte de cette étude prenait au moins 4 molécules. Les femmes, un épisode dépressif en cours, un trouble anxieux en comorbidité et des antécédents de tentatives de suicide étaient liés à un risque accru d'exposition à une polypharmacie (complexe).

R. Baldessarini (2008a) a suivi une grande cohorte de nouveaux patients bipolaires (au nombre de 7406, dont 55% TBI et 15% TBII) aux USA. A l'inclusion dans cette étude, 67% des patients recevaient une monothérapie et 33% une polypharmacie. Douze mois plus tard, seulement 31% des patients recevaient une monothérapie, 32% une polypharmacie et 37% ne semblaient pas/plus recevoir de traitement spécifique pour ce diagnostic.

La polypharmacie présente différents risques allant de l'interaction pharmacocinétique et pharmacodynamique à la diminution de la compliance au traitement. A propos de celle-ci, Baldessarini (2008b) relate qu'environ un tiers des patients ne suivaient pas correctement la prescription et qu'un tiers déclarait avoir déjà arrêté le traitement par le passé sans en avoir informé le prescripteur, alors que seulement 6% des prescripteurs reconnaissaient les patients

comme ayant une mauvaise compliance. L'addiction à l'alcool, un trouble obsessionnel-compulsif en comorbidité, un jeune âge, des symptômes thymiques résiduels, des effets secondaires aux médicaments et un épisode hypo-/maniaque récent semblaient être des facteurs prédictifs de mauvaise compliance.

D'autres traitements biologiques de la dépression bipolaire existent. Nous aborderons ici deux de ces approches : la chronothérapie et, en phase expérimentale, l'injection intraveineuse de kétamine, car leur efficacité est rapide et donc présente un avantage considérable. Leur compatibilité avec la pharmacologie évoquée plus haut leur permet une flexibilité encore à explorer. La stimulation magnétique transcranienne et l'électroconvulsivothérapie font aussi partie de la palette d'approches non-pharmacologiques de la dépression bipolaire.

La *chronothérapie*, basée sur l'exposition à des facteurs environnementaux qui agissent sur les rythmes circadiens et donc aussi sur l'humeur, est une thérapie qui utilise la combinaison de trois techniques: la privation de sommeil partielle ou totale, l'avance de phase du rythme nyctéméral et la lumbinothérapie. Plusieurs protocoles peuvent être effectués en fonction de leurs combinaisons : par exemple, il est possible de combiner 3 nuits alternées de privation de sommeil sur une semaine avec 7 séances matinales de lumbinothérapie ou une première nuit de privation totale de sommeil suivie de 3 nuits d'avance de phase combinées à 4 séances matinales de lumbinothérapie.

J. Wu (2009), sur 49 patients bipolaires en phase dépressive, a obtenu un effet antidépresseur rapide dès le 2ème jour par rapport aux patients contrôle. L'effet antidépresseur s'est maintenu jusqu'à 6 semaines après la fin du protocole.

F. Benedetti (2005) applique son protocole sur 70 patients TBI en phase dépressive. Il obtient une réponse antidépressive rapide (après une semaine) sur 70% des patients sans antécédents de résistance au traitement pharmacologique et chez 44% des patients avec antécédents de résistance pharmacologique. De plus, 57% des patients non-résistants ont maintenu un état euthymique jusqu'à 9 mois au-delà du protocole contre 17% des patients résistants.

La *kétamine* est un anesthésiant dont l'un des effets pharmacologiques est l'antagonisme aux récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) du glutamate, neurotransmetteur évoqué dans la pathophysiologie des troubles de l'humeur. Zarate (2006) a montré un effet antidépresseur de cette molécule chez des patients unipolaires déjà 40 minutes après l'injection intraveineuse à un dosage sub-anesthésique (0.5mg/kg).

N. Diazgranados (2010) a étudié l'injection de la même dose à 18 patients TBI et TBII en phase dépressive sous lithium ou acide valproïque. A partir de 40 minutes après l'injection, il

obtient déjà une réponse antidépressive significative par rapport au placebo. Au cours de l'étude de deux semaines, 70% des patients ont répondu à la kétamine contre 6% au placebo.

Le traitement du trouble bipolaire est donc complexe, probablement dû à plusieurs variables (p.ex. type d'évolution et comorbidités). Si le traitement de l'hypomanie ou de la manie semble mettre d'accord les psychiatres, le traitement de la dépression bipolaire présente des résultats parfois discordants et fait moins l'unanimité auprès de la communauté scientifique et des psychiatres. Il est donc important d'effectuer une bonne évaluation clinique avant de proposer des traitements pharmacologiques afin de minimiser les risques liés à la prescription de médicaments inutiles, qui peuvent présenter des effets secondaires non négligeables.

1.7 Questions et hypothèse

La question principale abordée dans ce travail de thèse est de savoir si les patients souffrant de troubles bipolaires sont fréquemment exposés à une polypharmacie et si leur traitement suit les recommandations internationales.

Notre hypothèse est qu'une évaluation clinique approfondie pourrait permettre de mieux cibler le traitement pharmacologique proposé, compte tenu des informations recueillies au cours de cette évaluation.

Les questions spécifiques abordées sont les suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques de l'échantillon, en particulier en termes de diagnostic et de comorbidité ?
- Le traitement prescrit lors de la demande d'évaluation est-il compatible avec les recommandations en vigueur pour les patients bipolaires ?
- Le traitement recommandé dans le rapport d'évaluation diffère-t-il du traitement prescrit lors de la demande ? Est-il en meilleure adéquation avec les recommandations internationales ?

2. METHODOLOGIE

2.1 Inclusion des patients

Ce travail se base sur l'étude de 250 évaluations, effectuées entre le 1.1.2010 et le 31.7.2011 au sein du programme bipolaire. Il s'agit d'un échantillon représentatif de notre population consultante, puisque il n'y pas eu de sélection des sujets, si ce n'est d'avoir terminé l'évaluation (il est rare que les patients qui nous sont adressés ne terminent pas l'évaluation). La récolte des données, effectuée en automne 2012, s'est faite à partir des rapports écrits, terminés, complets et contresignés, que nous décrivons ci-dessus. Nous avons anonymisés les données dès leur récolte, qui a eu lieu avec permission du chef de service, le Pr. J-M. Aubry. La personne qui a procédé à la récolte, G.Michalopoulos, a participé à l'évaluation de plusieurs de ces patients, puisqu'il travaille dans ce programme depuis 2007. Ce travail n'a pas été effectué à des fins de publication scientifique mais pour avoir un feed-back de l'utilité et la qualité de nos évaluations spécialisées.

Les résultats sont donc issus d'une analyse rétrospective.

2.2 Procédure d'évaluation et instruments utilisés

Le programme trouble bipolaire (Unité des troubles de l'humeur depuis le 2.6.2014) du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a pour but d'élargir les soins multidisciplinaires aux patients atteints d'un trouble du spectre bipolaire. Il propose aussi des conseils de soins aux soignants de patients atteints de ce trouble. Pour ce faire, nous recevons des demandes en provenance de différents interlocuteurs tels que médecins-psychiatres installés en privé, médecins-psychiatres des HUG, médecins généralistes ou internistes et psychologues-psychothérapeutes. Plus rares sont les demandes émanant du patient lui-même ou de l'entourage familial.

L'évaluation se base tout d'abord sur la récolte préliminaire des données démographiques du patient et des éléments anamnestiques/cliniques auprès de la personne qui fait la demande. En effet, il est utile de savoir quels sont les éléments qui font suspecter un trouble bipolaire afin de mieux cibler l'anamnèse et les questionnaires.

Suite à cela, le patient est vu en entretien par un médecin pour effectuer une anamnèse, un status psychiatrique et pour la passation de questionnaires. Les patients remplissent le questionnaire de dépistage du trouble bipolaire (Mood Disorder Questionnaire ; MDQ,

Hirschfeld et al., 2000), le Montgomery and Asberger Depression Rating Scale (MADRS, Montgomery & Asberg, 1979) pour la dépression ou le Young Mania Rating Scale (YMRS, Young et al., 1978) pour l'hypo-/manie. Un deuxième entretien est effectué par un psychologue ou un infirmier pour une évaluation diagnostique semi-structurée à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI ; Sheehan et al., 1998).

Entre les deux entretiens, le patient reçoit plusieurs (auto-)questionnaires (questionnaire de dépistage du trouble de la personnalité de type borderline, questionnaire du sommeil, questionnaire des traumatismes de l'enfance/adolescence (CTQ)) à remplir à domicile.

Les auto- et les hétéro-questionnaires sont repris par l'examineur principal lors de la troisième (et en principe dernière) séance d'évaluation afin de restituer au patient un retour des résultats. Avant cette troisième séance, l'examineur principal s'est également renseigné sur le dossier médical du patient éventuellement à disposition.

Par la suite, l'examineur principal rédige un rapport écrit, qui sera corrigé, discuté, complété et enfin contresigné par le responsable de l'unité, le Pr. J.-M. Aubry. Ce rapport se termine par une rubrique intitulée *discussion et proposition*, dans laquelle on présente les arguments en faveur des conclusions diagnostiques ainsi que des propositions thérapeutiques, pharmacologiques ou autres (psychothérapie en particulier). La pharmacothérapie proposée se base sur la littérature en vigueur.

Le(s) diagnostic(s) retenu(s) ne correspond(ent) pas obligatoirement à celui ou ceux qui ressortent des questionnaires ou éventuellement des rapports médicaux du dossier du patient. En effet, ce sont l'évaluation clinique et l'expertise des examinateurs, prenant en considération tous les éléments à disposition, qui permettent de se déterminer à ce propos. Les questionnaires et le MINI sont des outils parmi d'autres pour affiner le diagnostic. Le MDQ, p.ex., présente une sensibilité de 74% et une spécificité de 90% dans le screening des troubles bipolaires, selon une étude de Weber Rouget et al. (2005). Le MADRS ou l'YMRS servent à quantifier l'intensité de la dépression ou de la hausse de l'humeur et non pas à diagnostiquer un épisode dépressif ou une (hypo-)manie. Ils sont utiles car l'intensité pathologique de l'épisode thymique influence les propositions du traitement et ils peuvent aussi être utilisés pour monitorer l'évolution.

Le questionnaire de dépistage du trouble de la personnalité de type borderline est utile pour la question du diagnostic différentiel ou pour la comorbidité. Le questionnaire du sommeil nous sert à dépister des troubles organiques du sommeil tels que le syndrome d'apnée du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos/mouvement périodique des jambes. En cas de

suspicion d'un tel syndrome, le patient peut bénéficier d'une évaluation plus spécifique auprès du laboratoire du sommeil, qui fait partie du même service que l'Unité des troubles de l'humeur. Il est important de traiter ces syndromes vu l'impact du sommeil sur l'évolution des troubles de l'humeur.

Le CTQ sert à évaluer la présence de facteurs de risque pour le développement de troubles psychiatriques au sens large du terme. En effet, les traumatismes physiques ou psychiques importants vécus lors de l'enfance augmentent la probabilité de développer des troubles psychiatriques à l'âge adulte comme p.ex. les troubles de l'humeur, les addictions ou les troubles de personnalité.

Les patients évalués ressortent donc d'une population adressée après un premier (ou plusieurs) contact(s) avec d'autres soignants. Cette population présente en générale une évolution et un tableau clinique compliqués, ce qui rend leur suivi difficile pour les praticiens installés en privés ou pour les soignants qui ont peu de maîtrise avec de telles situations.

2.3 Analyses statistiques

Les variables catégorielles sont décrites à l'aide de fréquences (n) et de pourcentages (%). Les variables continues sont décrites par leur valeur médiane et leur étendue (minimum – maximum). Pour la comparaison de groupes indépendants (par exemple TBI versus TBII), le test exact de Fisher est utilisé dans le cas de variables catégorielles et le test de Mann-Whitney dans le cas de variables continues. Pour la comparaison de groupes appariés (p. ex. avant versus après évaluation), le test de McNemar est utilisé dans le cas de variables catégorielles et le test de Wilcoxon dans le cas de variables continues. Des régressions logistiques univariées et multivariées sont utilisées pour déterminer les facteurs possiblement associés à la recommandation d'antidépresseurs. Les effets sont estimés par des « odds ratios » (rapports des cotes) et testés par des tests de Wald. Le seuil de signification est à 0.05 (tests bilatéraux). Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 20 (IBM Corporation, Armonk, NY).

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques des sujets

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques (N=250 patients)

Sexe (n, %)			
Féminin	135	54.0%	
Masculin	115	46.0%	
Age (médiane, min-max)	41	17-79	
Etat-civil (n, %) ¹			
Célibataire	96	41.2%	
Marié(e)	76	32.6%	
Divorcé(e), séparé(e), veuf (ve)	61	26.2%	
Activité (n, %) ²			
Emploi, arrêt maladie	112	50.0%	
AI, hospice	49	21.9%	
Chômage	18	8.0%	
Etudiant(e)	23	10.3%	
Retraité(e)	14	6.3%	
Au foyer	8	3.6%	
Origine de la demande (n, %) ³			
Psychiatre privé	104	41.9%	
Généraliste, interniste	64	25.8%	
Hôpitaux universitaires (HUG)	58	23.4%	
Autre	22	8.9%	
Nombre d'épisodes thymiques (n, %) ⁴			
0 ou 1	35	15.7%	
2 ou plus	188	84.3%	
Diagnostic (n, %)			
Trouble bipolaire 1	39	15.6%	
Trouble bipolaire 2	76	30.4%	
Trouble bipolaire NOS	25	10.0%	
Trouble dépressif récurrent	53	21.2%	
Trouble anxieux (quel que soit le type)	53	21.2%	
Addiction (quel que soit le type)	81	32.4%	
Trouble de la personnalité (quel que soit le type)	105	42.0%	

¹ n=17 valeurs manquantes

² n=26 valeurs manquantes

³ n=2 valeurs manquantes

⁴ n=27 valeurs manquantes

Les caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1. Chez 56.0% (140/250) des patients nous retenons un trouble bipolaire ; le TBII est de loin le plus fréquent, présent chez 54.3% des patients bipolaires contre 27.9% pour le TBI.

Chez 21.2% (53/250) des patients, nous retenons un trouble dépressif récurrent.

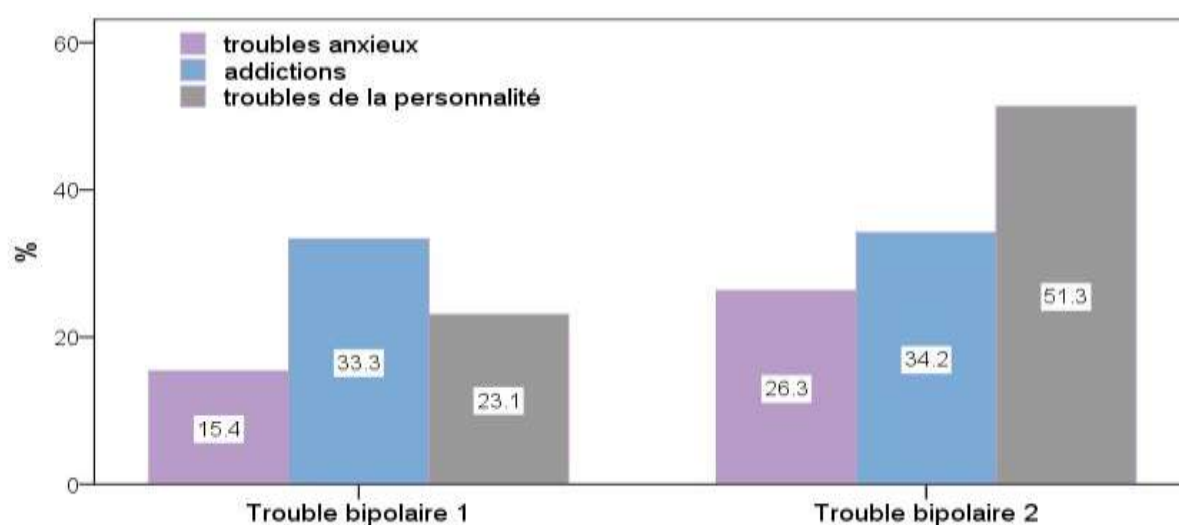
Chez 42.0% (105/250) des sujets, nous retenons un trouble de personnalité comme diagnostic principal ou comme diagnostic en comorbidité. Un trouble de la personnalité de type borderline est diagnostiqué chez 16.4% des patients.

Plus de 80% des patients qui nous sont adressés pour évaluation ont eu au moins 2 épisodes thymiques.

Les patients chez qui nous retenons un trouble dépressif récurrent sont ceux qui sont le plus souvent symptomatiques au moment de l'évaluation : 75.5% (40/53) présentent un épisode dépressif (la plupart du temps d'intensité moyenne). Pour les patients souffrant de TBI, 46.2% sont en dépression au moment de l'évaluation et 10.3% en épisode mixte/hypomaniaque. Pour les patients souffrant de TBII, 36.8% sont en dépression au moment de l'évaluation et 6.6% en épisode mixte/hypomaniaque.

3.2 Comorbidités

Figure 1 : Fréquence de la comorbidité chez les patients bipolaires



La figure 1 met en évidence une comorbidité des patients souffrant de troubles bipolaires (TBI vs TBII) avec les troubles anxieux de 22.6% (15.4% vs 26.3%, $p=0.24$), ce qui se situe au-dessous des chiffres de la littérature (cf. 1.2).

La comorbidité avec les addictions (33.3% vs 34.2%, $p=1$) se situe légèrement au-dessus des chiffres de la littérature (cf. 1.2). Les deux addictions les plus représentées sont l'alcool avec 26.1% de comorbidité (28.2% vs 25.0%, $p=0.82$) et le cannabis avec 13.9% (10.3% vs 15.8%, $p=0.57$).

Pour la comorbidité avec les troubles de personnalité, une différence statistiquement significative est observée entre patients souffrant de TBI et TBII (23.1% vs 51.3%, $p=0.005$), en particulier pour le trouble de personnalité borderline : chez seulement 2.6% des patients souffrant de TBI contre 26.3% de ceux souffrant de TBII ($p=0.002$). Pour les autres troubles de personnalité, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative selon le type de trouble bipolaire.

Chez la population des patients souffrant de TBI nous trouvons que 46.2% n'ont pas de comorbidité et 53.8% au moins une (35.9% une seule comorbidité et 17.9% deux).

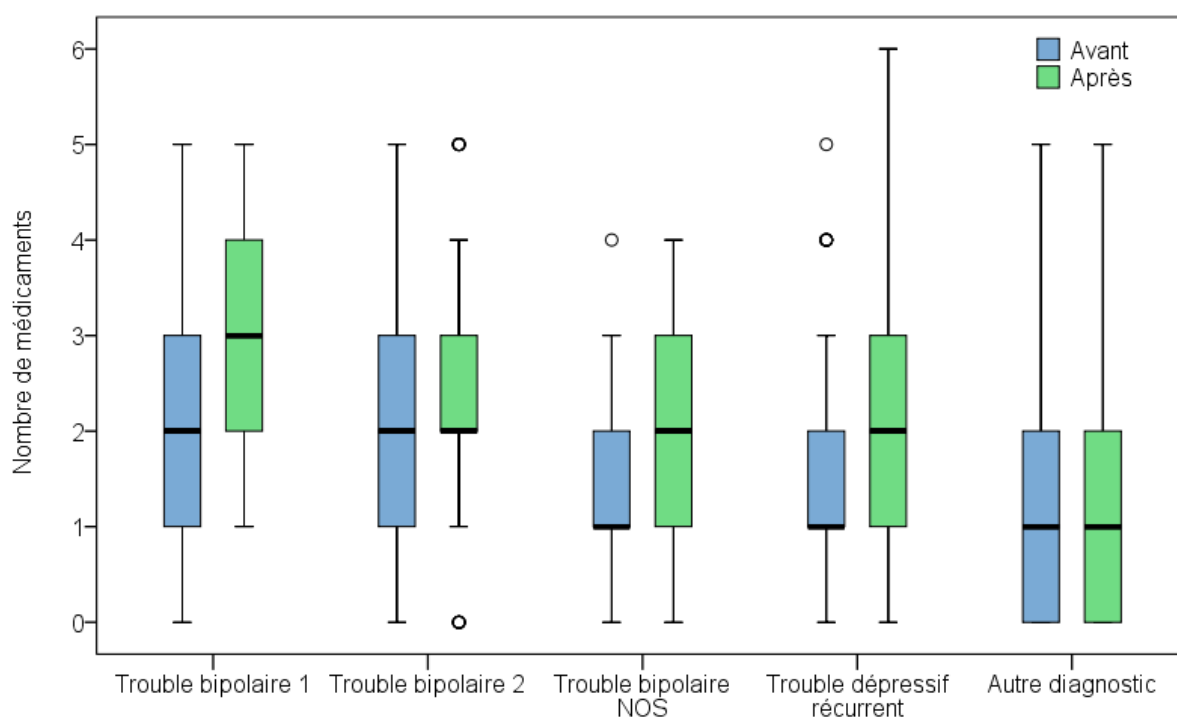
Auprès de la population des patients souffrant de TBII 28.9% n'ont aucune comorbidité et 71.1% en présentent au moins une (35.5% en ont une, 30.3% en ont deux et 5.3% en ont trois). L'association addiction et trouble de la personnalité est la plus fréquente, présente chez 19.7% des patients souffrant de TBII.

Pour la population des patients unipolaires (TDR), 32.1% n'ont aucune comorbidité et 67.9% en ont au moins une (50.9% en ont une et 17% deux).

Sur l'ensemble de la population seulement un tiers (32.8%) n'a aucune comorbidité, 42% en ont une et 22% en présentent deux.

3.3 Polypharmacie

Figure 2 : Nombre de médicaments prescrits avant et après l'évaluation



Avant l'évaluation 20.4% des 250 patients n'avaient aucun traitement psychotrope, 29.6% avaient une seule molécule, 23.6% avaient 2 molécules et 26.4% avaient 3 molécules ou plus.

Après évaluation, 14% n'avaient aucune molécule, 19.6% avaient une seule molécule, 28.0% avaient 2 molécules et 38.4% avaient 3 molécules ou plus (maximum de 6 molécules).

En valeur médiane avant évaluation, ces 250 patients avaient 1.5 molécules contre 2 molécules après évaluation, soit une augmentation statistiquement significative de la prescription ($p < 0.001$). La moyenne de la cohorte est passée de 1.74 avant évaluation à 2.17 après évaluation.

Le nombre de médicaments par catégorie diagnostique est illustré dans la figure 2.

Concernant les patients souffrant de TBI avant évaluation, 2.6% n'avaient pas de molécules, 33.3% avaient une molécule, 30.8% deux molécules, 10.3% trois molécules et 20.5% quatre molécules. Après évaluation aucun patient n'avait pas de molécules, 15.4% avaient une molécule, 25.6% deux molécules, 23.1% trois molécules et 28.2% quatre molécules. Une augmentation statistiquement significative du nombre de médicaments prescrits était observée (médiane 2 versus 3, $p < 0.001$). La moyenne est passée de 2.21 à 2.87.

Pour les patients souffrant de TBII avant évaluation, 17.1% n'avaient pas de molécules, 26.3% avaient une molécule, 22.4% deux molécules, 17.1% trois molécules et 15.8% quatre molécules. Après évaluation, 7.9% n'avaient pas de molécules, 11.8% avaient une molécule, 35.5% deux molécules, 21.1% trois molécules et 17.1% quatre molécules. Une augmentation statistiquement significative de la prescription y est donc également observée ($p < 0.001$). La moyenne est passée de 1.92 à 2.47.

Concernant les patients souffrant de TDR, 18.9% n'avaient pas de molécules avant évaluation, 35.8% une molécule, 26.4% deux molécules et 11.3% quatre molécules. Après évaluation, 15.1% n'ont pas de molécules, 22.6% une molécule, 26.4% deux molécules, 17% 3 molécules et 9.4% quatre molécules. La médiane est passée de 1 avant évaluation à 2 après évaluation. La moyenne de 1.6 à 2.17.

3.4 Utilisation des psychotropes dans les troubles de l'humeur

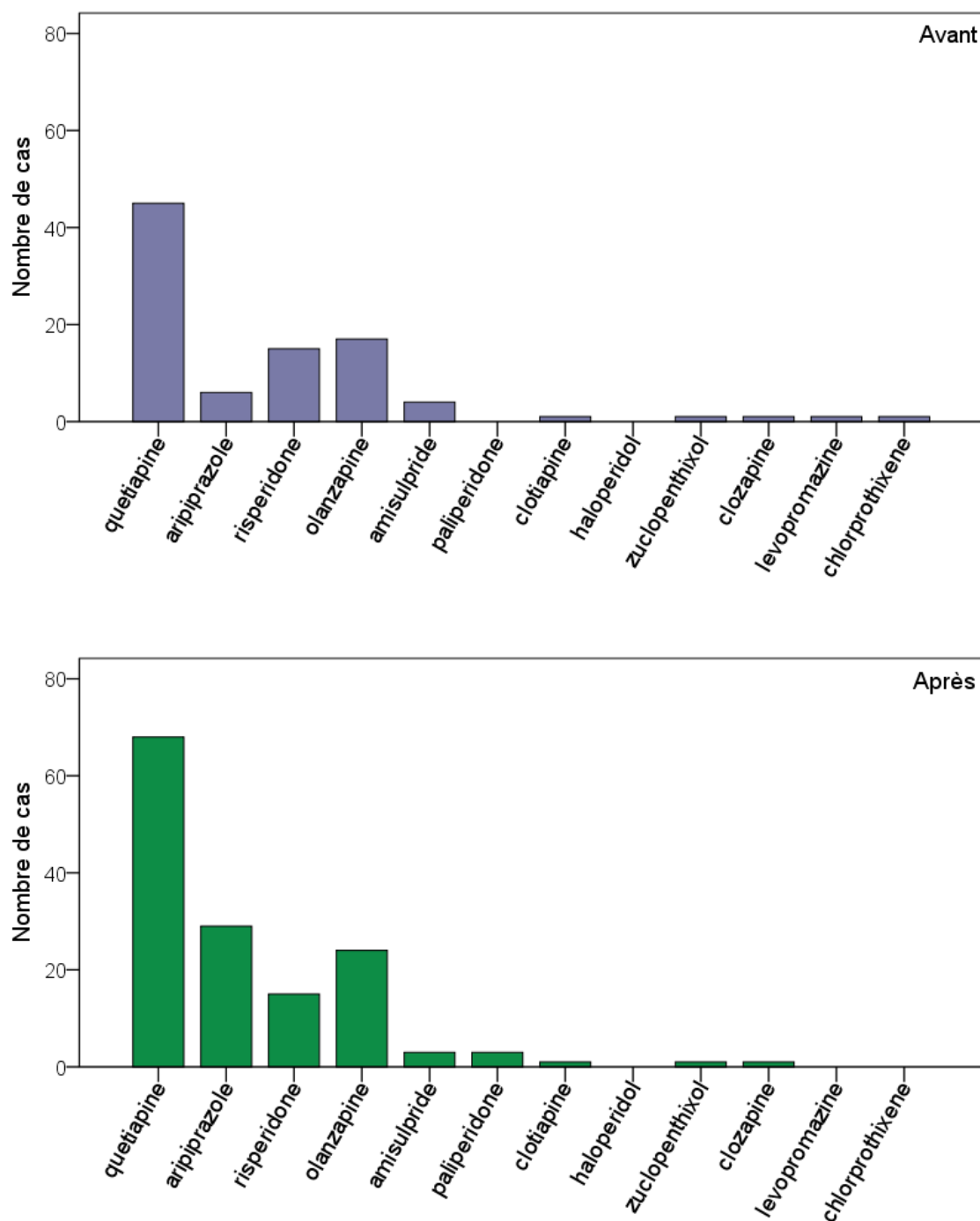
Avant évaluation, 82 patients (32.8%) sont sous stabilisateurs de l'humeur, 90 (36.0%) sous antipsychotiques, 106 (42.4%) sous antidépresseurs et 102 (40.8%) sous benzodiazépines.

Après évaluation, 146 (58.4%) patients ont une proposition de stabilisateur de l'humeur, 119 (47.6%) d'antipsychotique, 111 (44.4%) d'antidépresseur et 37 (14.8%) de benzodiazépines.

La comparaison des fréquences avant et après évaluation révèle une prescription significativement augmentée pour les stabilisateurs de l'humeur ($p < 0.001$) et les antipsychotiques ($p < 0.001$), alors qu'une diminution significative est observée pour les benzodiazépines ($p < 0.001$). Aucune différence significative n'est observée pour les antidépresseurs ($p = 0.49$).

3.4.1 Profil de la prescription pour les antipsychotiques

Figure 3: Antipsychotiques prescrits avant et après l'évaluation

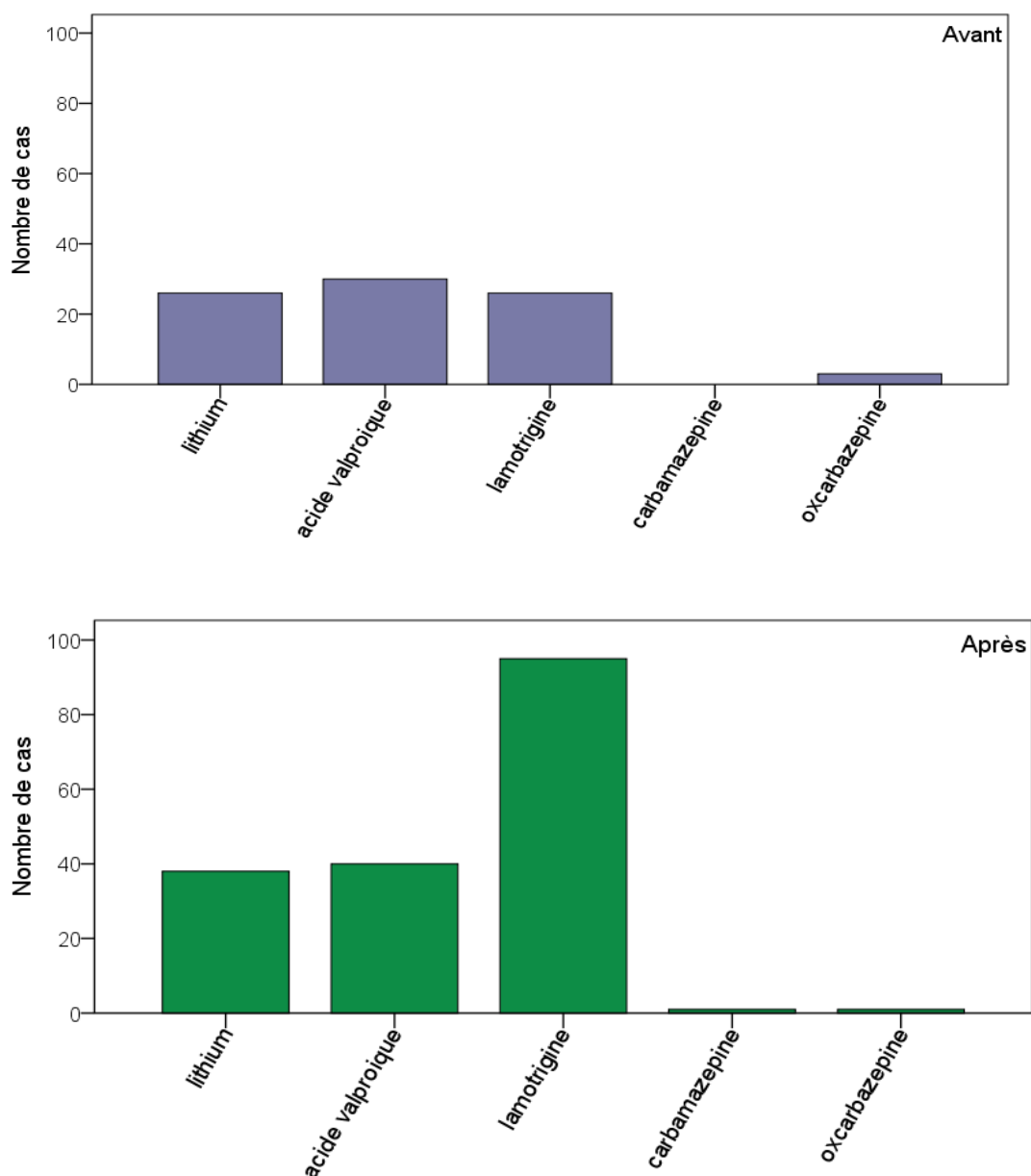


La figure 3 montre que les antipsychotiques les plus souvent prescrits avant évaluation sont la quetiapine (50% des sujets sous antipsychotiques), suivie de l'olanzapine (18.9%) et de la rispéridone (16.7%). Après évaluation, la quetiapine reste la molécule la plus fréquemment recommandée (57.1%), suivie de l'aripiprazole (24.4%) et l'olanzapine (20.2%).

Avant l'évaluation, 22.6% des patients souffrant de TDR sont sous antipsychotiques, alors que la proportion est de 32.1% après évaluation, ($p=0.33$).

3.4.2 Profil de la prescription pour les stabilisateurs de l'humeur (comme le lithium et les antiépileptiques)

Figure 4 : Stabilisateurs de l'humeur prescrits avant et après l'évaluation

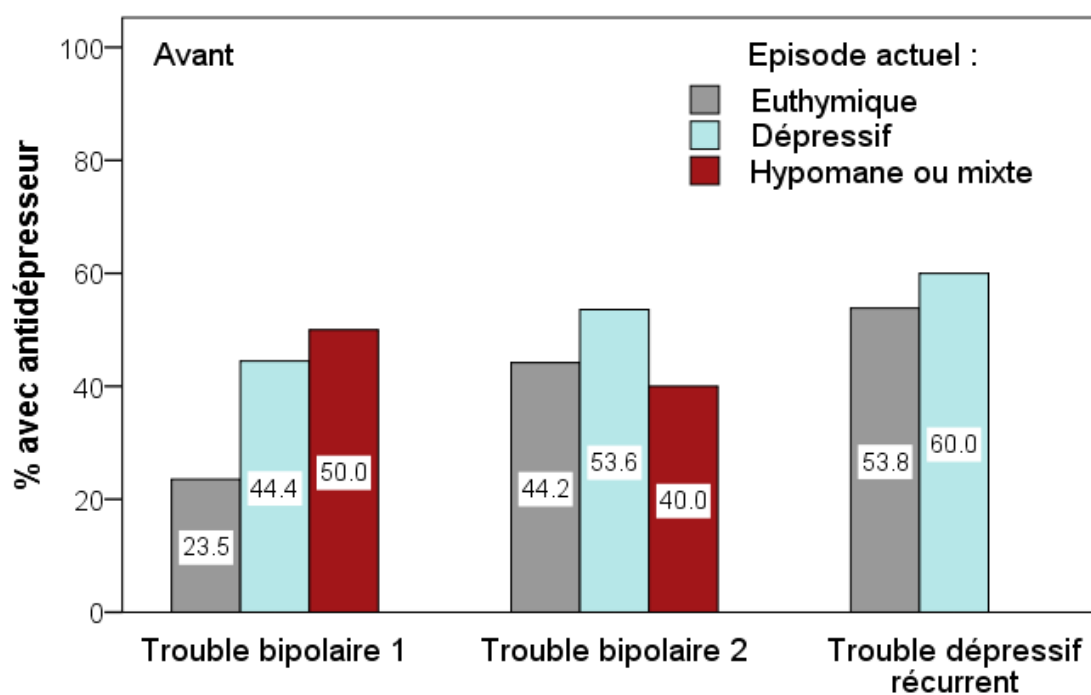


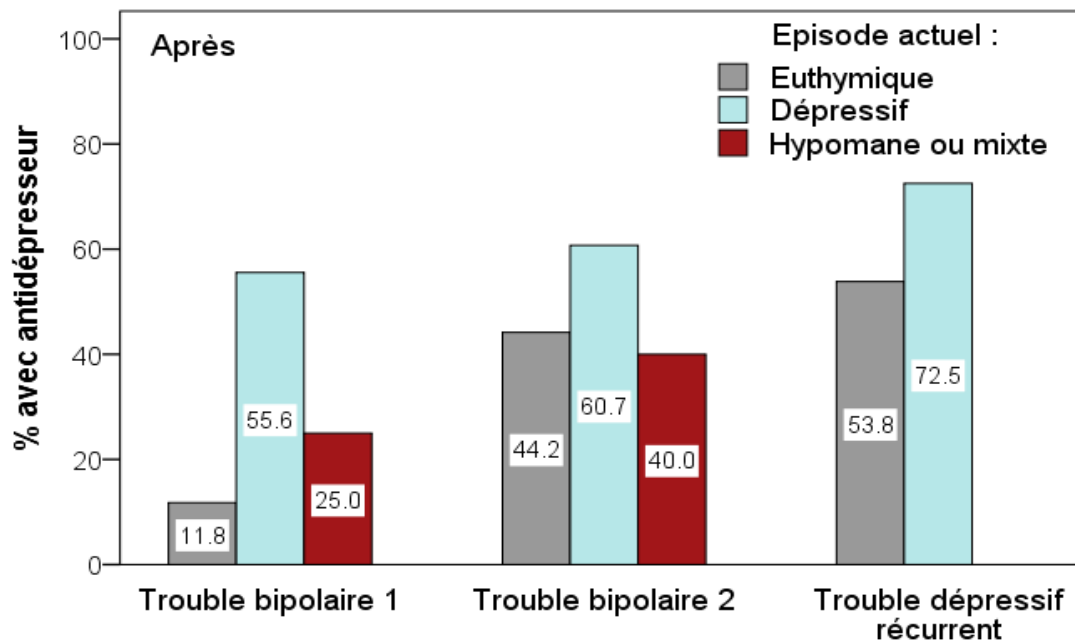
Comme illustré à la figure 4, les fréquences de prescription du lithium (31.7% des patients avec stabilisateurs), de l'acide valproïque (36.6%) et de la lamotrigine (31.7%) sont approximativement identiques avant l'évaluation. En revanche, la lamotrigine est de loin la molécule la plus fréquemment recommandée après évaluation (65.1%).

Alors que 15.1% des patients souffrant de TDR reçoivent un stabilisateur de l'humeur avant l'évaluation, ce pourcentage augmente à 22.6% après l'évaluation ($p=0.48$).

3.4.3 Profil de la prescription pour les antidépresseurs

Figure 5: Pourcentage de prescription d'antidépresseurs avant et après l'évaluation en fonction du diagnostic et de l'état clinique





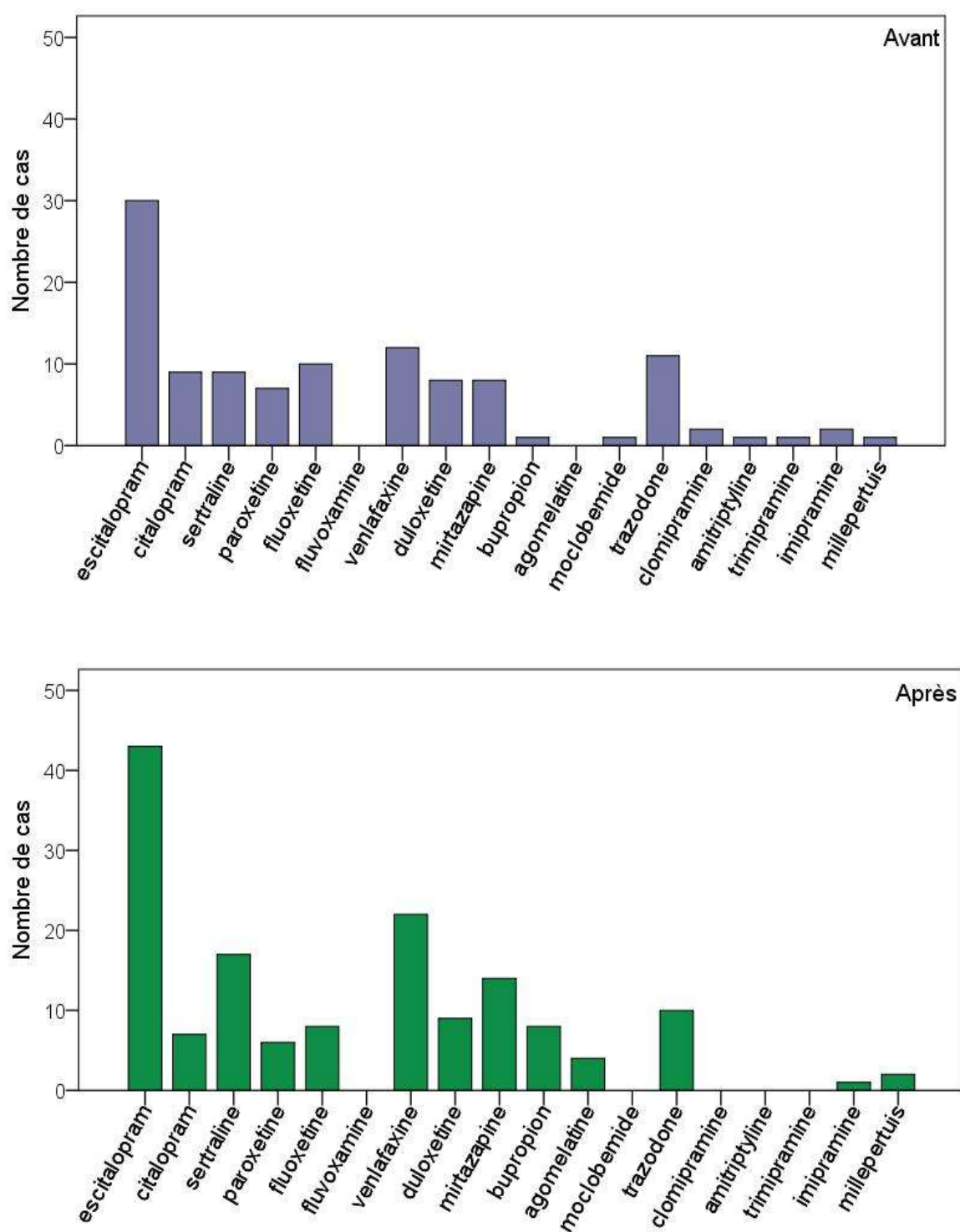
La prescription d'antidépresseurs varie en fonction de l'état psychiatrique des patients. Il est à première vue intéressant de noter que 50% des patients souffrant de TBI en hypomanie ou en épisode mixte reçoivent des AD. Ce chiffre est à relativiser puisque cela ne concerne que 2 patients. Auprès des patients souffrant de TBII, le 40% sous AD en hypomanie ou en épisode mixte correspond aussi seulement à 2 patients.

On remarque, en règle générale, une tendance au maintien voire augmentation de la prescription d'AD chez les patients en dépression au moment de l'évaluation et cela indépendamment du diagnostic.

A 27.5% des patients souffrant de TDR en dépression un traitement AD n'est pas proposé.

La prescription d'AD chez les patients en euthymie diminue auprès de ceux souffrant de TBI et reste inchangée auprès de ceux souffrant de TBII et de TDR.

Figure 6 : Antidépresseurs prescrits avant et après l'évaluation



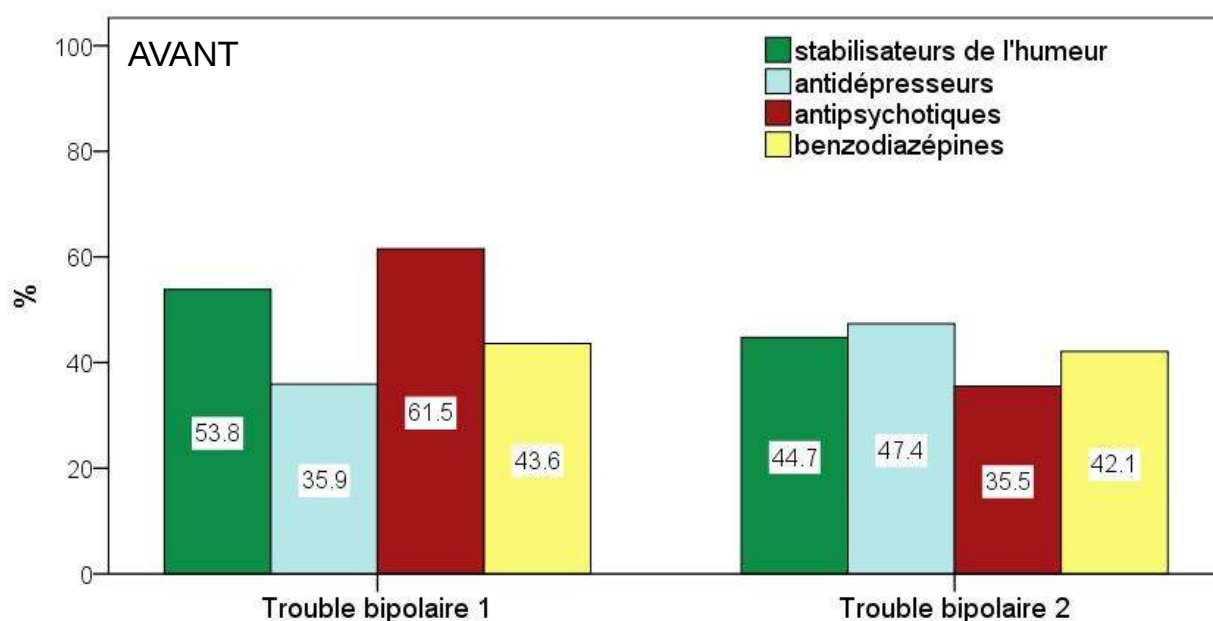
Pour ce qui concerne cette classe de psychotropes dans les troubles de l'humeur, 26% de l'ensemble de l'échantillon est sous ISRS et 18.4% sous une autre classe d'antidépresseurs avant évaluation. Comme indiqué dans la figure 6, les molécules les plus fréquentes sont l'escitalopram (28.3%), la venlafaxine (11.3%) et la trazodone (10.4%).

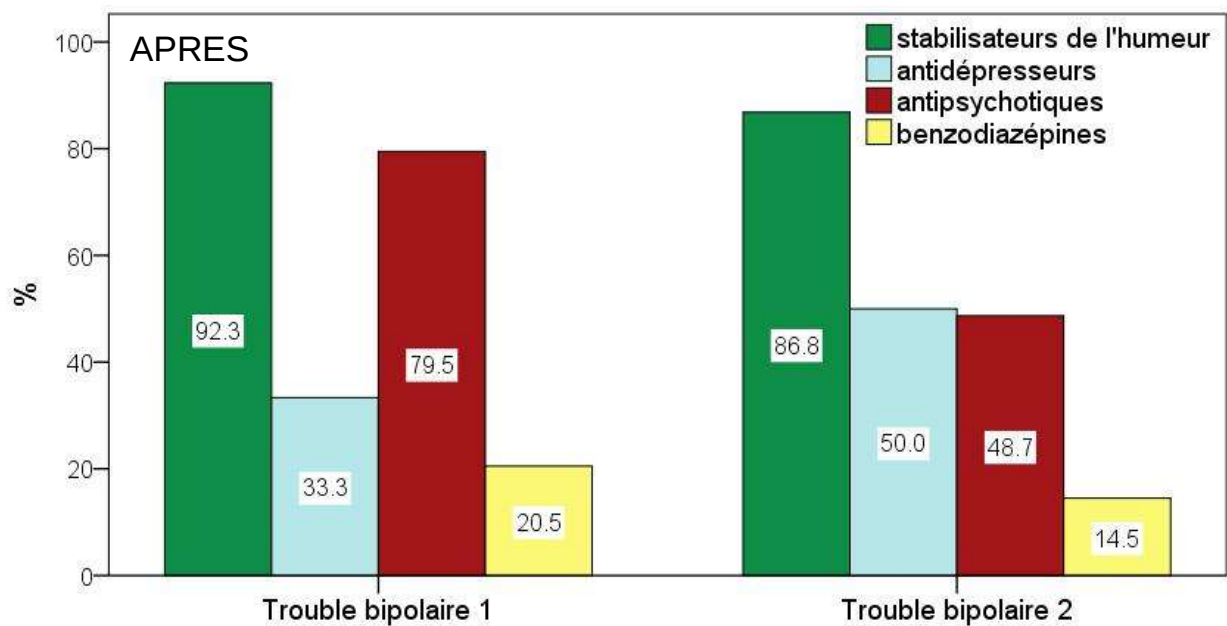
Après évaluation, nous proposons des ISRS à 28.8% des patients et d'autres classes d'antidépresseurs à 20.8%. L'escitalopram (38.7%) et la venlafaxine (19.8%) restent les molécules les plus fréquemment recommandées, suivies de la sertraline (15.3%) et de la mirtazapine (12.6%).

Parmi les patients souffrant de TDR, 58.5% sont sous antidépresseurs avant évaluation et 67.9% après évaluation ($p=0.13$).

3.5 Utilisation de psychotropes dans les troubles bipolaires

Figure 7 : Traitement psychotrope chez les patients bipolaires I et II





La figure 7 illustre la prescription de médicaments psychotropes lors de la demande d'évaluation et la recommandation faite après évaluation.

En général avant évaluation, les patients souffrant de TBII sont moins exposés aux stabilisateurs de l'humeur et aux antipsychotiques et plus exposés aux antidépresseurs, que ceux souffrant de TBI.

Les patients souffrant de TBI reçoivent plus d'antipsychotiques que de stabilisateurs avant l'évaluation (61.5% vs 53.8%), alors que ce rapport change après l'évaluation (79.5% vs 92.3%).

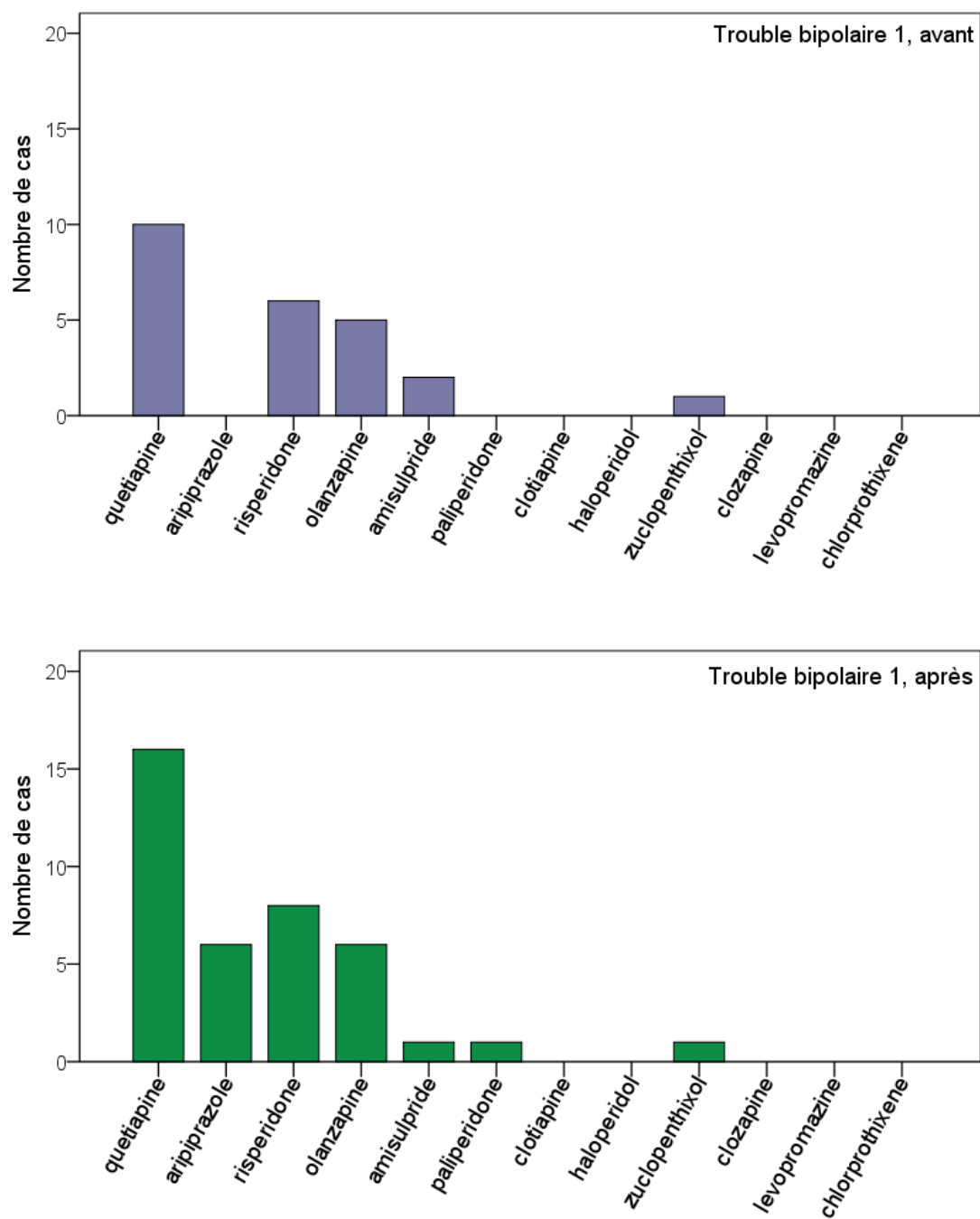
A l'opposé les patients souffrant de TBII sont plus exposés aux stabilisateurs de l'humeur qu'aux antipsychotiques avant l'évaluation (44.7% vs 35.5%) et cet écart augmente après l'évaluation (86.8% vs 50.0%).

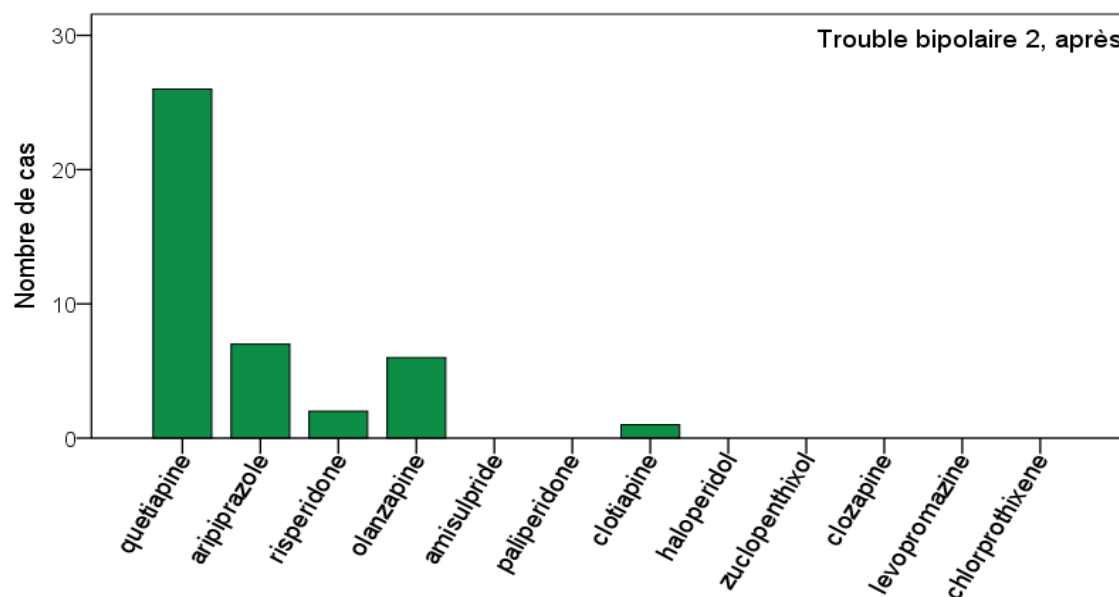
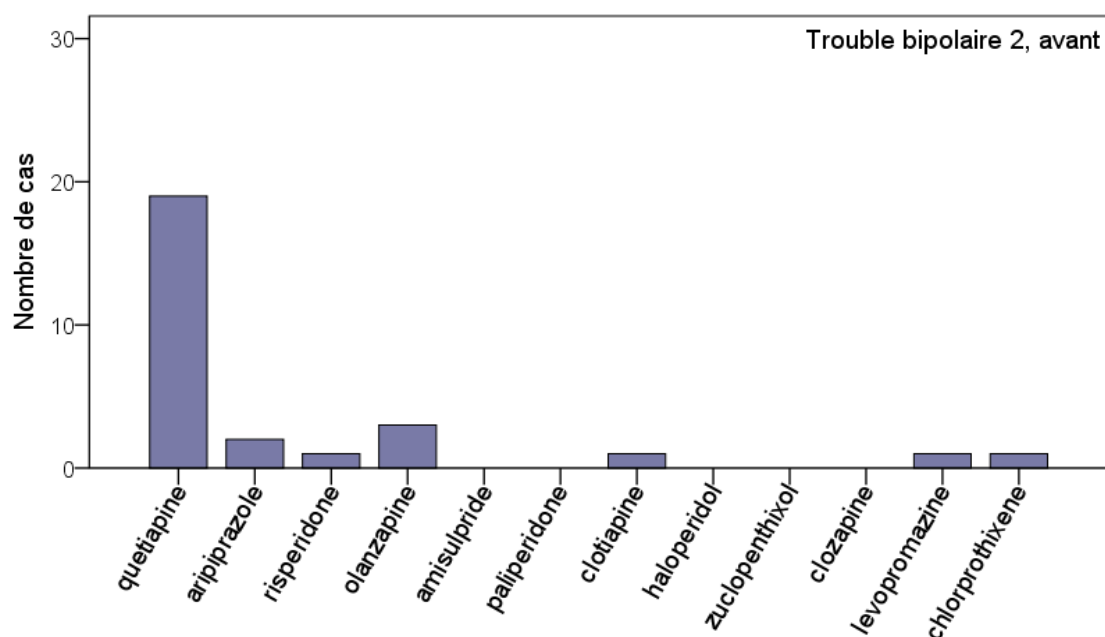
Les patients souffrant de TBII sont plus exposés aux antidépresseurs que ceux souffrant de TBI avant l'évaluation (47.4% vs 35.9%) et cet écart se maintient suite à l'évaluation (50.0% vs 33.3%). Cela semble conforme à la littérature (Lorenzo et al., 2012).

3.5.1 Antipsychotiques

Avant l'évaluation 61.5% des patients souffrant de TBI étaient sous traitement antipsychotique et 79.5% l'étaient après évaluation. Pour les patients souffrant de TBII, ces pourcentages se sont modifiés de 35.5% à 48.7%. Dans les deux cas, l'augmentation est statistiquement significative (TBI, $p=0.016$; TBII, $p=0.021$).

Figure 8 : Traitement antipsychotique chez les patients souffrant de TBI et de TBII



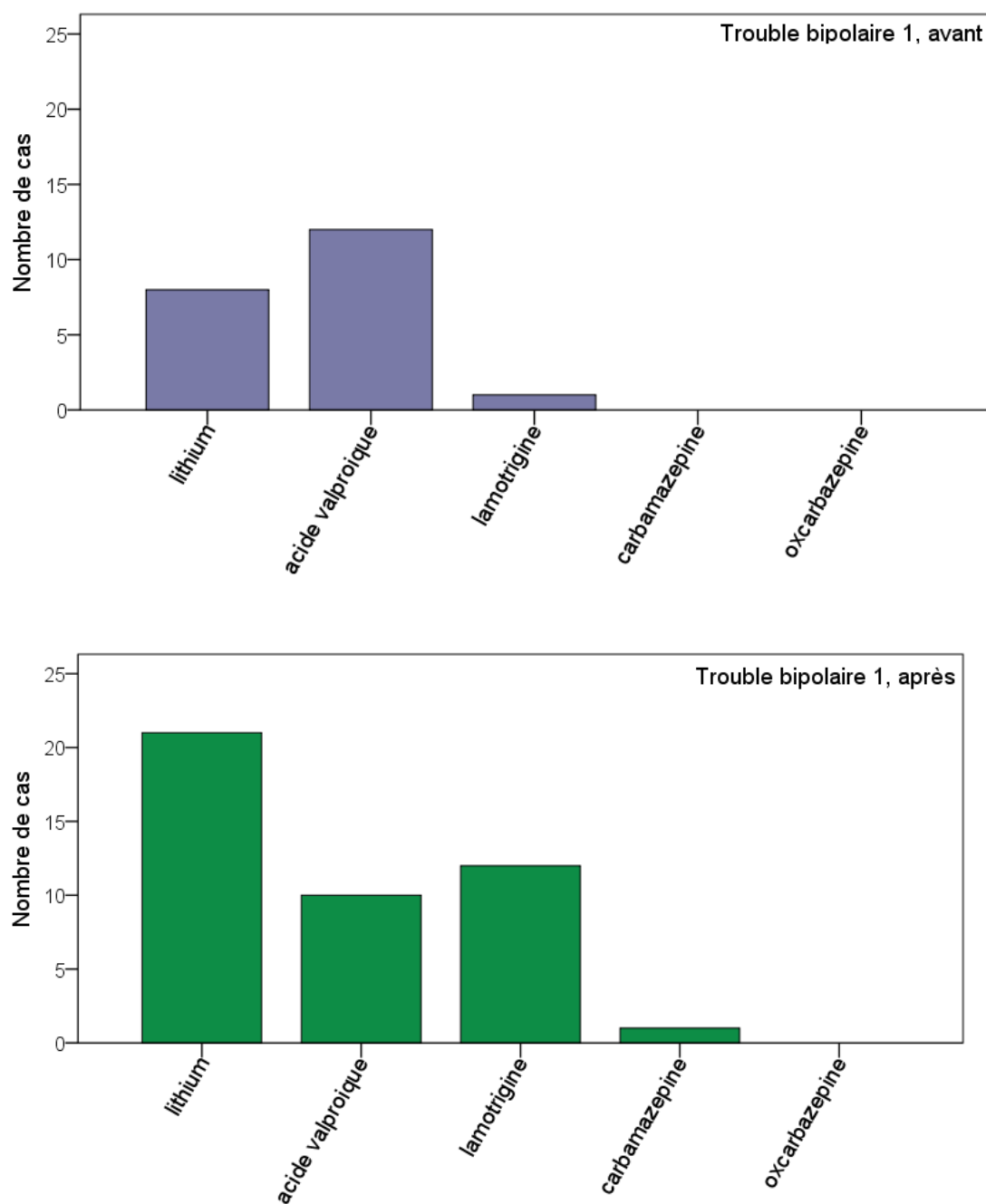


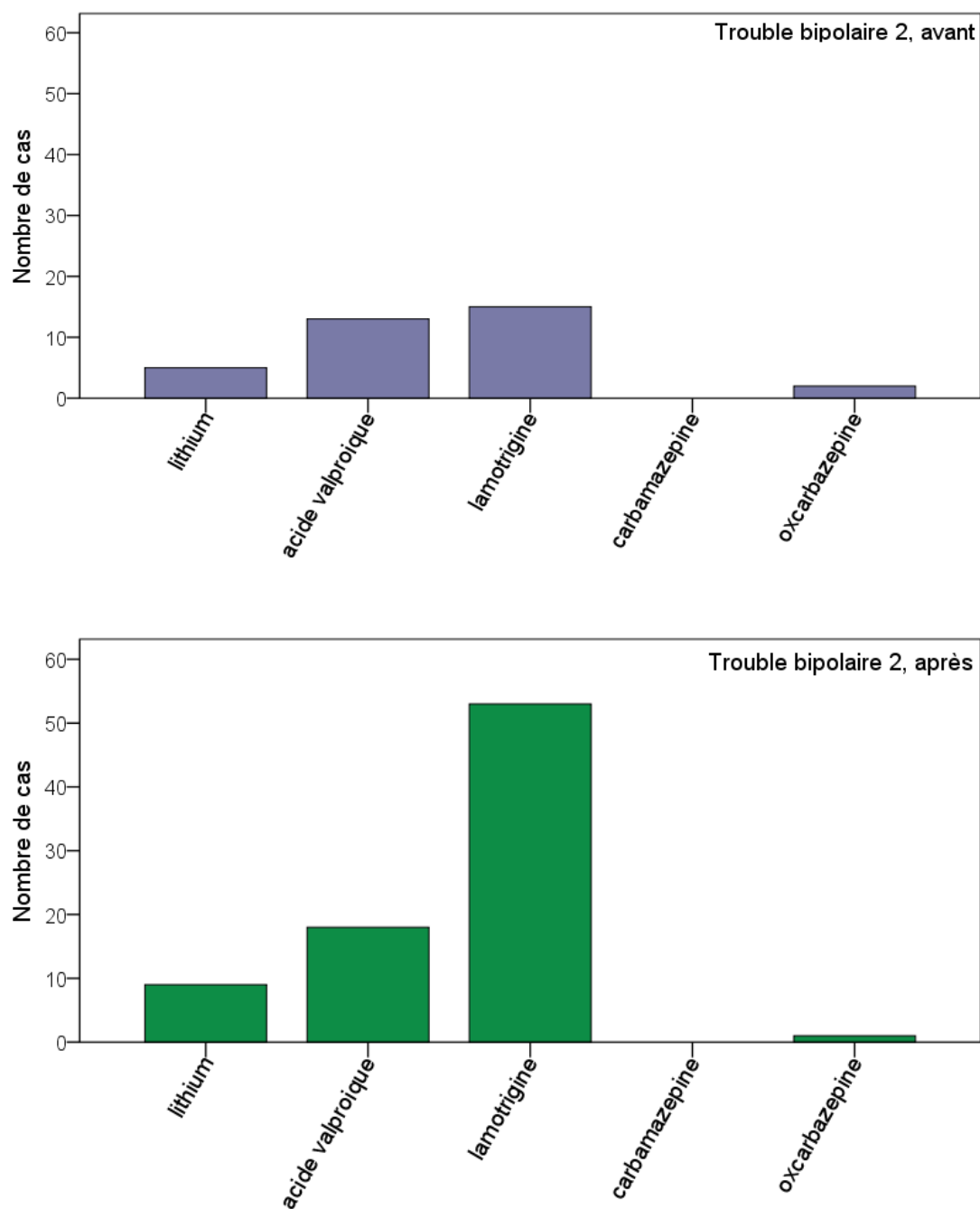
Il faut noter qu'au moment de l'évaluation 18 patients souffrant de TBI (46.2%) et 28 souffrant de TBII (36.8%) présentaient un épisode dépressif léger, moyen ou sévère. Cet élément peut expliquer la prescription de quetiapine dans les deux cas (figure 8). La légère hausse de l'olanzapine chez ceux souffrant de TBII peut être expliquée par l'indication de cette molécule en association avec un antidépresseur (en particulier la fluoxétine) pour le traitement aigu de la dépression bipolaire.

3.5.2 Stabilisateurs de l'humeur

Avant l'évaluation 53.8% des patients souffrant de TBI bénéficiaient d'un stabilisateur et ce pourcentage a augmenté à 92.3% après l'évaluation ($p < 0.001$). Pour les patients souffrant de TBII ce pourcentage s'est modifié de 44.7% à 86.8% ($p < 0.001$).

Figure 9: Traitement stabilisateur chez les patients souffrant de TBI et de TBII





Comme illustré à la figure 9, l'impact de l'évaluation est différent selon le diagnostic retenu. En effet, pour les patients souffrant de TBI on a proposé avant tout l'introduction de lithium dont la fréquence passe de 8 à 21 patients, en dépit d'une légère baisse pour l'acide valproïque (12 à 10). Pour les patients souffrant de TBII, il y a surtout une nette augmentation de la prescription de lamotrigine (15 à 53).

3.5.3 Antidépresseurs

Avant évaluation 35.9% des patients souffrant de TBI et 47.4% des patients souffrant de TBII étaient sous antidépresseurs. Ces pourcentages après évaluation sont passés à 33.3% pour ceux souffrant de TBI et 50.0% pour ceux souffrant de TBII, sans que ces changements ne soient statistiquement significatifs (TBI, $p=1$; TBII, $p=0.79$).

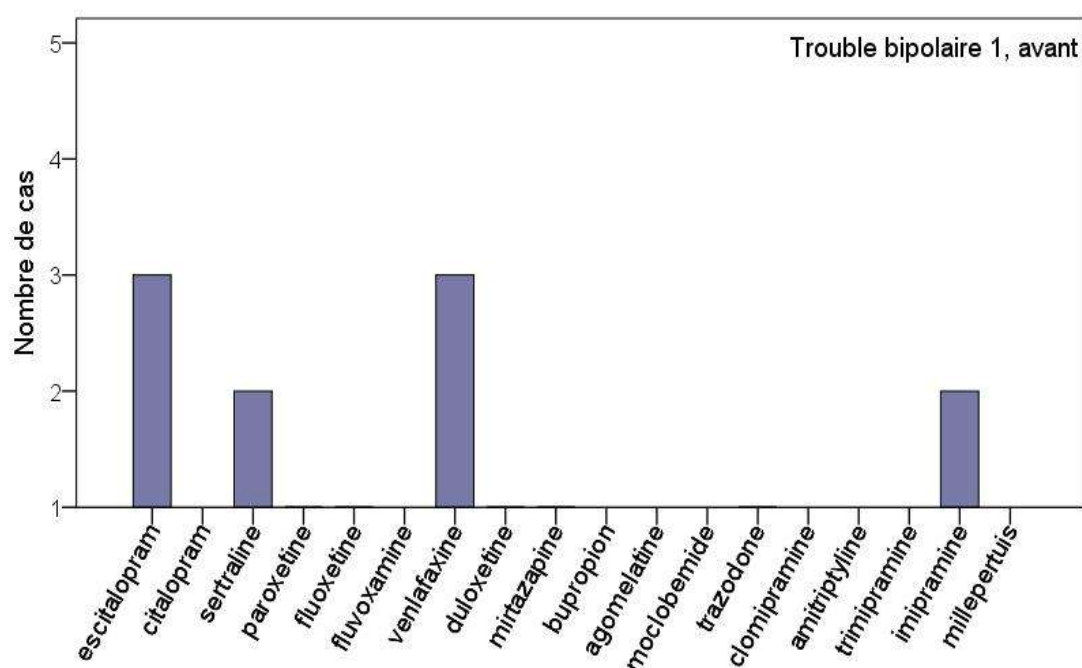
Pour les ISRS, ces chiffres sont passés de 17.9% (TBI) et 27.6% (TBII) avant évaluation à 20.5% (TBI) et 30.3% (TBII) après.

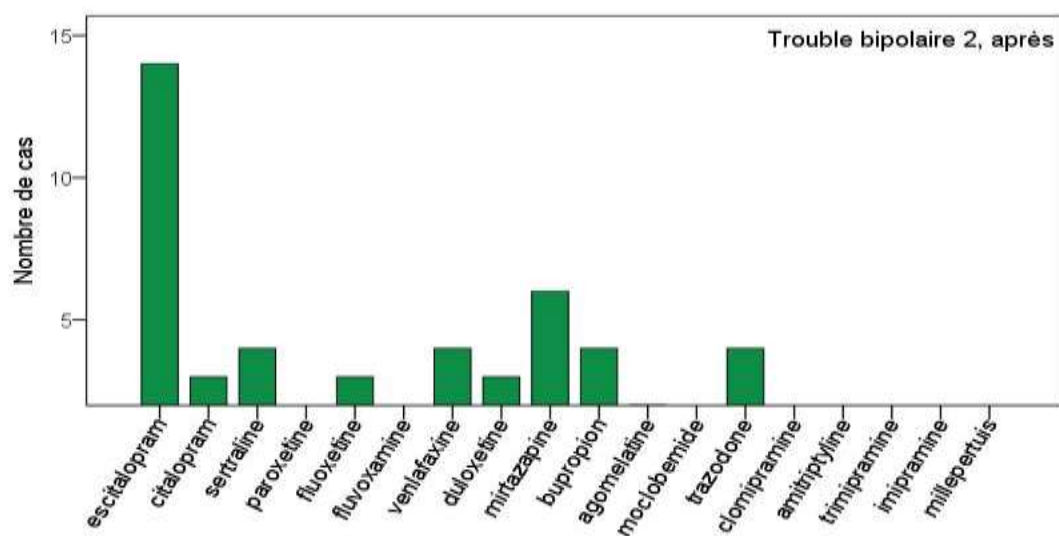
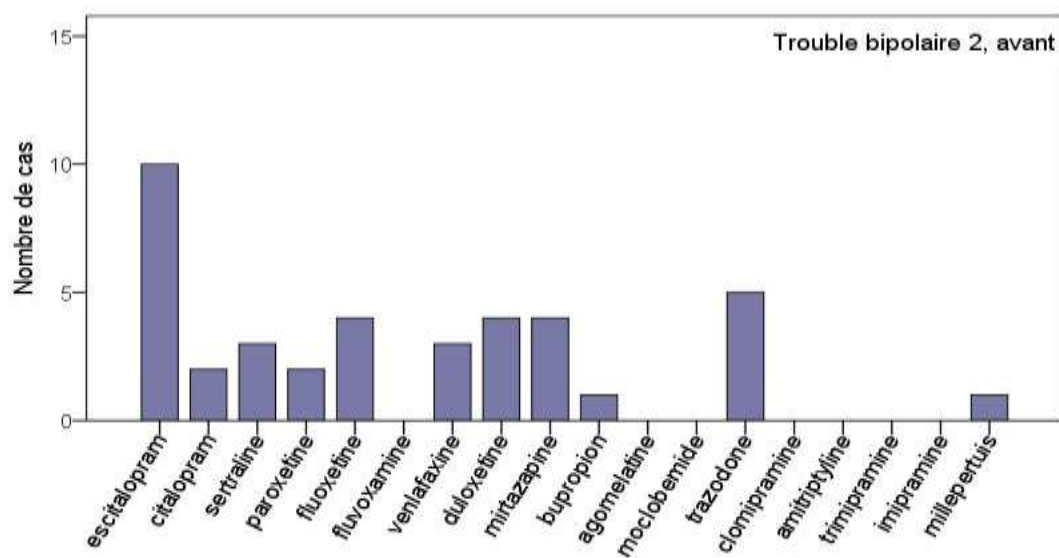
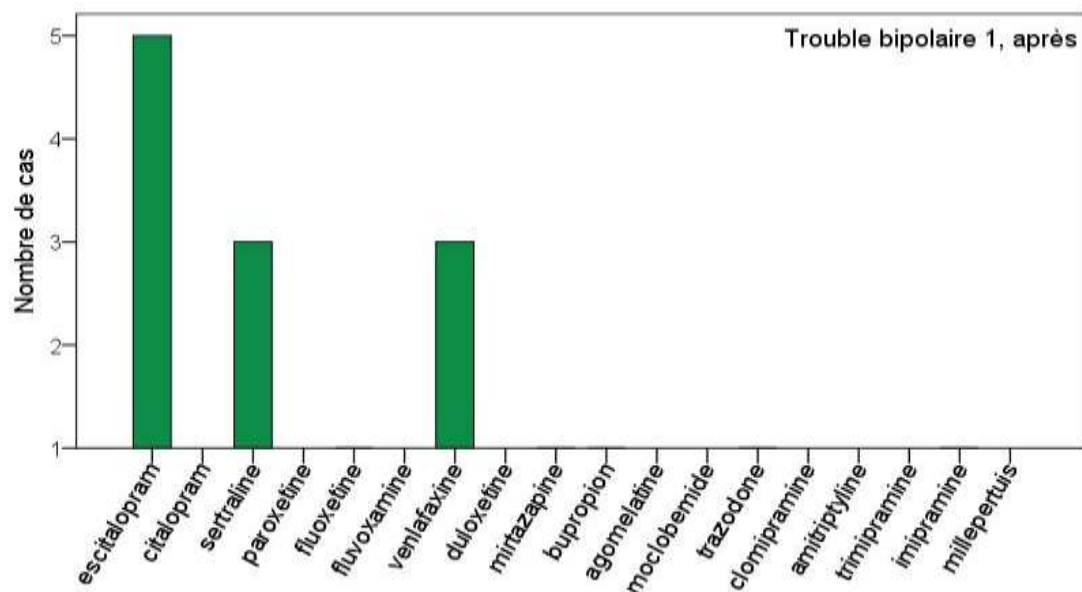
Pour les antidépresseurs non ISRS, nous retrouvons 17.9% (TBI) et 23.7% (TBII) avant évaluation et 15.4% (TBI) et 26.3% (TBII) après évaluation.

Comme le montre la fig 5 la prescription d'AD est peu affectée par l'état psychiatrique des patients souffrant de TBII, hormis une légère hausse pour ceux en dépression mais cela ne concerne que 2 patients.

Pour les patients souffrant de TBI la réduction auprès des patients euthymiques concerne aussi seulement 2 patients. La réduction auprès des patients en hypomanie ou épisode mixte ne concerne que 3 patients.

Figure 10: Traitement antidépresseur chez les patients souffrant de TBI et TBII





La distribution des différentes molécules chez les patients souffrant de TBI et de TBII est illustrée à la figure 10. L'escitalopram est le traitement le plus fréquemment recommandé dans les deux catégories diagnostiques.

3.6 Facteurs associés à la prescription d'antidépresseurs dans les troubles bipolaires

La recommandation d'antidépresseurs après évaluation a été analysée en fonction des variables explicatives suivantes : sexe, groupe d'âge (< 40 ans versus ≥ 40 ans), épisode actuel (euthymique, dépressif ou mixte/hypomaniaque) et comorbidité avec les troubles anxieux, les addictions et les troubles de la personnalité.

Pour l'ensemble des patients bipolaires ($n=140$), la recommandation d'antidépresseurs est significativement associée à la présence d'un épisode dépressif lors de l'évaluation (odds ratio 2.6, $p=0.010$) et au fait que le patient soit âgé de 40 ans ou plus (odds ratio 2.5, $p=0.013$). Ces deux facteurs restent statistiquement significatifs lorsqu'ils sont considérés ensemble dans un modèle multivarié. Il faut cependant noter que pour 42.3% des patients bipolaires avec un épisode dépressif en cours, il n'y aura pas de proposition d'introduction d'antidépresseur.

Pour les patients souffrant de TBI ($n=39$), deux caractéristiques sont significativement associées à l'exposition aux antidépresseurs après évaluation : le sexe féminin (odds ratio 5.1, $p=0.028$) et un épisode dépressif au moment de l'évaluation (odds ratio 9.4, $p=0.012$). Seul ce dernier facteur reste significatif dans un modèle multivarié.

Chez les patients souffrant de TBII ($n=76$), aucune variable n'est significativement associée à la recommandation d'antidépresseurs. Une tendance vers une moindre prescription est cependant observée en présence de comorbidité avec des addictions (odds ratio 0.38, $p=0.056$).

4. DISCUSSION

Les données démographiques de notre échantillon mettent en évidence plusieurs éléments intéressants. Les troubles de l'humeur sont légèrement plus répandus chez les femmes que chez les hommes si l'on considère l'ensemble de notre cohorte. Ils génèrent un grand impact sur le fonctionnement social puisque seulement 50% des sujets ont un emploi (dont certains en arrêt maladie) et 29.9% bénéficient de l'AI, de l'hospice ou du chômage. Le cours de la maladie est insidieux car plus de 80% ont déjà vécu 2 épisodes thymiques ou plus.

Nous ne pouvons pas faire de lien causalité entre troubles de l'humeur et conséquences psychosociales. Cela dit ces troubles sont cliniquement et socialement lourds.

Cette population (TBI, TBII, TBNOS et TDR) est hautement symptomatique puisque 48% des sujets présentent un épisode thymique (44% épisode dépressif et 4% épisode hypo-/maniaque ou mixte) au moment de l'évaluation. Sans surprise, c'est la dépression qui est hautement plus fréquente même chez les patients bipolaires puisque 40% des patients souffrant de TBI et de TBII (46/115) présentent un épisode dépressif en cours contre seulement 7.8% (9/115) d'épisode hypo-/maniaque ou mixte.

Lors de l'évaluation les patients unipolaires semblent être plus symptomatiques que les patients bipolaires puisque 75.5% des premiers présentent un épisode thymique en cours au moment de l'évaluation contre 40% des patients souffrant de TBI et II réunis. Une explication possible à cette différence, pourrait être donnée par certaines particularités cliniques, qui caractérisent les deux troubles de l'humeur : les épisodes dépressifs dans le cadre d'un TB sont souvent de durée plus courte que dans le cadre d'un TDR, avec des modalités d'apparition et de disparition de type « on/off ». Il se pourrait que les soignants de premier recours nous aient adressé des patients unipolaires en cas de persistance d'un épisode dépressif et des patients bipolaires en cas de forte instabilité de l'humeur. Cette instabilité pourrait, par ailleurs, permettre un changement clinique, qui aurait lieu entre la demande d'évaluation et l'évaluation. Les patients bipolaires en dépression au moment de la demande d'évaluation auraient pu évoluer vers une rémission en attente de l'évaluation. En effet, lors de périodes de forte demande, il peut y avoir un délai d'attente de plus d'un mois.

Lors des évaluations, nous avons diagnostiqué plus de TBII que de TBI, 76 patients contre 39. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la manie est plus facile à repérer que l'hypomanie, de part son intensité symptomatique et souvent par ses conséquences psychosociales (hospitalisations, difficultés majeures avec l'entourage, problèmes financiers). En effet, l'hypomanie peut être relativement légère au niveau symptomatique et donc peu

différenciée d'un fonctionnement habituel. De plus, ces patients ne consultent généralement pas et ne sont que rarement évalués lors d'un épisode hypomaniaque. Le diagnostic d'hypomanie se base donc souvent sur une anamnèse (et des questionnaires), qui peut être biaisée par plusieurs facteurs : une fausse interprétation des symptômes par le patient, des lacunes mnésiques (par exemple ne pas rappeler avoir consommé des produits toxiques), une sur- ou sous-interprétation des conséquences ou encore des bénéfices secondaires potentiels. Il est par conséquent difficile pour les soignants de premier recours de diagnostiquer une hypomanie sur la base d'éléments objectivables. Il est probable que ceux-ci aient été davantage en difficulté pour poser le diagnostic de TBII que celui de TBI et donc plus demandeurs d'une évaluation dans notre programme pour ce type de patients.

4.1 Comorbidités

En comparant avec la littérature, nous avons une faible comorbidité anxieuse chez les patients bipolaires. De même, la comorbidité TBI et trouble de la personnalité de type borderline est très basse.

Il est difficile de retenir des comorbidités anxieuses chez des patients souffrant d'un trouble bipolaire sur la base d'une évaluation de 3 entretiens. L'anxiété n'est pas seulement un diagnostic en soi mais peut également être un symptôme dans le cadre d'épisodes thymiques. En plus cette entité clinique est très variable et son évolution à long terme est fluctuante, parfois très marquée, à d'autres moments absente. Cela rend difficile l'évaluation de ces comorbidités.

Les troubles bipolaires et les troubles anxieux sont des troubles chroniques et leur comorbidité nécessiterait une analyse plus attentive sur l'évolution au long cours du patient et non pas sur une évaluation ponctuelle. Nos évaluations permettent plutôt d'évoquer une comorbidité en cours ou un risque de comorbidité au long terme.

En principe, ce propos vaudrait aussi pour la comorbidité avec le trouble de personnalité de type borderline. Dans ce cas, s'ajoute une difficulté supplémentaire due à la description des symptômes propres à ce type de personnalité. En effet, dans la CIM-10 les fluctuations de l'humeur font partie des symptômes de ce trouble. On retrouve ici la difficulté déjà évoquée dans l'introduction, à savoir la différenciation entre humeur et émotions. La notion d'un lien avec un événement externe pourrait nous aider à mieux différencier le changement d'humeur d'un TB de la labilité émotionnelle de ce trouble de personnalité. Cependant dans le cas d'une

évaluation clinique rétrospective le risque d'un lien arbitraire avec un événement de vie passé serait élevé.

Nos évaluations ciblent principalement l'humeur, ce qui les rend peut-être moins sensibles à la détection de comorbidités. Souvent, c'est dans la partie « discussion » du rapport que les possibles comorbidités sont mentionnées ou évoquées en termes de diagnostic différentiel. L'évaluation des comorbidités reste en tous les cas un exercice difficile, souvent soumise à la subjectivité de l'évaluateur et du patient en fonction de son état psychique. La prudence diagnostique reste donc de vigueur.

Selon l'étude de Mantere (2006), la comorbidité sur les axes I et II varie selon l'état clinique du patient au moment de l'évaluation, dans le sens qu'une symptomatologie mixte ou dépressive en cours est liée à une augmentation des comorbidités par rapport à une symptomatologie hypo-/maniaque. Dans notre cohorte, plus de 50% des patients bipolaires (I et II) sont euthymiques ou très peu symptomatiques au moment de l'évaluation et ce fait pourrait expliquer en partie les faibles pourcentages de comorbidités.

Il ressort néanmoins quelques éléments cliniques intéressants de notre étude : les patients souffrant de TBII, comparé à ceux souffrant de TBI, présentent plus de comorbidités anxieuses (26.3% vs 15.4%) et de troubles de la personnalité (51.3% vs 23.1%). Ceci malgré un plus faible pourcentage de patients TBII en état dépressif par rapport aux patients TBI (36.8% vs 42.6%). Ces résultats confirment partiellement l'étude susmentionnée, du moins pour la comorbidité anxieuse ; en effet dans la cohorte de Mantere, la comorbidité anxieuse était plus fréquente chez les patients souffrant de TBII que chez ceux souffrant de TBI (52.5% vs 35.6%).

Un autre élément intéressant concerne le nombre de comorbidités. Seulement un tiers des patients avec un trouble de l'humeur ne présente pas de comorbidité. Les sujets souffrant d'un TBII sont particulièrement à risque de présenter plusieurs comorbidités à la fois, car presque un tiers présente deux comorbidités (en plus du trouble de l'humeur ; donc au moins trois diagnostics psychiatriques), alors que chez ceux souffrant de TBI et ceux souffrant de TDR moins d'un cinquième présente deux comorbidités. L'association trouble de la personnalité - addiction est la double comorbidité la plus fréquente chez cette population. La triade TBII - trouble de la personnalité - addiction prête à confusion car plusieurs symptômes cliniques se superposent. Il est difficile de repérer des épisodes thymiques qui auraient eu lieu en l'absence de consommation de substances ou de perturbation émotionnelle ou encore de changements d'état clinique imputables aux substances psychoactives. Nous avons déjà

évoqué plus haut le problème lié à la fluctuation d'humeur, symptôme présent chez les patients bipolaires et chez certains troubles de personnalité. La nosographie des symptômes appartenant aux trois catégories de diagnostic est donc très difficile.

Au vu de ces résultats, on pourrait imaginer que le TBII est un trouble plus insidieux que le TBI. Il présente en effet un risque de moins bonne évolution clinique sur le long terme puisque la présence de comorbidités est un facteur de risque important de mauvais pronostic.

La haute fréquence de comorbidités pour les troubles de l'humeur évoque des troubles complexes, des enjeux neurobiologiques encore partiellement inconnus et la difficulté des manuels de diagnostic à décrire des tableaux cliniques hétérogènes.

Ces chiffres amènent à se poser la question de la pertinence de la dichotomie actuelle entre troubles unipolaires et bipolaires, basée sur un consensus d'experts. Elle présente quelque limite puisque le TBII présente plusieurs éléments cliniques plus proches du TDR que du TBI, notamment lorsque l'on évoque les comorbidités et la prescription d'antidépresseurs. Cette dichotomie, en partie basée sur l'indication d'un traitement pharmacologique spécifique, ne représente plus aussi bien la réalité actuelle si l'on considère que les antipsychotiques atypiques, ou du moins certains d'entre eux, sont indiqués dans le trouble unipolaire et dans le trouble bipolaire. Le lithium également a sa place dans le traitement du trouble unipolaire. Et finalement, les antidépresseurs peuvent, dans certains cas, être prescrits dans les troubles bipolaires avec un risque faible d'induction d'hypomanie ou de manie.

4.2 Polypharmacie

L'augmentation de la valeur médiane du nombre de molécules après évaluation (de 1.5 à 2 molécules pour l'ensemble de la cohorte) est probablement due au fait que nous avons additionné les molécules à l'évaluation *et* celles proposées à la suite de l'évaluation. Il est très probable qu'une fois le changement pharmacologique effectué, le nombre de molécules diminue puisque le traitement avant l'évaluation est remplacé par celui après évaluation. Nous ne disposons, par contre, pas de ces données (p.ex. après 1, 3, 6 ou 12 mois) puisque les patients retournent le plus souvent chez le prescripteur pour effectuer le changement proposé. Il est aussi possible que notre proposition ne soit pas appliquée. Ce choix est laissé aux patients et à leurs soignants. L'augmentation médiane du nombre de molécules se confirme chez tous les diagnostics principaux (TBI, TBII et TDR). En générale les changements de traitements se font progressivement aussi bien à l'introduction qu'à l'arrêt. Plus rarement les

switches sont « directs ». A noter aussi qu'une partie de la polypharmacie peut être due à l'utilisation transitoire de certaines molécules ; p.ex. la trazodone, proposée à faible doses (25-150mg) comme somnifère en attendant l'action du nouveau traitement antidépresseur proposé ou lors d'un changement de traitement de fond. La prescription au besoin de benzodiazépines pourrait contribuer également aux résultats évoqués.

Ceci étant, la polypharmacie est une réalité dans le traitement des troubles de l'humeur. Plus inquiétant est le nombre relativement élevé de patients qui pourrait être exposé à une multitude de médicaments. Dans notre cohorte, plus d'un quart des patients (26.4%) avant évaluation étaient exposés à 3 (ou plus) molécules différentes. Ce pourcentage a augmenté à plus d'un tiers (38.4%) après évaluation. Si le nombre élevé de molécules après évaluation pourrait être expliqué par un changement progressif du traitement, pendant lequel l'« ancien » et le « nouveau » traitement se croisent, cela ne semble pas être le cas avant l'évaluation car, en règle générale, les patients ne nous sont pas adressés pendant ou juste après un changement pharmacologique mais plutôt en perspective d'un tel changement. Le traitement avant évolution serait donc, en principe, un traitement de moyen ou long cours.

Il faut aussi considérer que, lors de cette étude, nous avons pris en considération seulement le traitement psychopharmacologique. Il est donc fortement probable que les chiffres présentés soient inférieurs à la réalité.

Ces chiffres peuvent en partie représenter la difficulté à traiter les troubles de l'humeur, au moins ceux à évolution compliquée, et peut-être aussi la crainte des soignants, qui additionnent les molécules sans oser en enlever. Elles peuvent aussi évoquer la complexité clinique, que nous avons abordée au chapitre 4.1. Parfois il pourrait être souhaitable de créer une fenêtre temporelle sans traitement, bien entendu quand cela est cliniquement envisageable, pour permettre de simplifier le traitement sans être moins efficace. Les risques de mauvaise compliance et d'interactions pharmacologiques sont très élevés avec un nombre accru de molécules.

La tendance à la polypharmacie dans le traitement des troubles bipolaires se retrouve ainsi aussi dans notre analyse et elle semble être la règle plutôt que l'exception. L'évolution chronique avec le risque de rechutes/récidives, les évolutions insatisfaisantes avec comme possible conséquence des prescriptions « off label », peuvent expliquer ce fait et cela malgré l'absence d'évidence de combinaisons pharmacologiques efficaces. L'hypomanie et la manie sont en général - au niveau pharmacologique - relativement faciles à traiter avec plusieurs molécules efficaces en monothérapie. En accord avec la littérature, c'est bien la dépression,

ou les symptômes résiduels de la dépression, qui sont majoritairement responsables des mauvaises évolutions des troubles bipolaires et c'est bien dans le traitement de la dépression bipolaire qu'à ce jour nous manquons d'alternatives simples et efficaces.

Plusieurs variables cliniques contribuent à une mauvaise compliance pharmacologique ; p.ex. le jeune âge des patients, les comorbidités (en particulier avec les addictions), la complexité d'un traitement et ses effets secondaires.

Il se peut donc que la polypharmacie ne soit pas seulement la conséquence d'une mauvaise évolution mais aussi, en partie du moins, cofacteur d'une telle évolution.

4.3 Psychopharmacologie dans les troubles de l'humeur

Sur l'ensemble des 250 évaluations, nous constatons, suite à l'évaluation, une augmentation dans la prescription de stabilisateurs de l'humeur et d'antipsychotiques, alors que la quantité d'antidépresseurs reste globalement inchangée. En revanche, il y a une diminution nette de prescription de benzodiazepines.

Avant l'évaluation, le lithium, l'acide valproïque et la lamotrigine étaient répartis en manière presque identique, alors que nous retrouvons une tendance à favoriser la lamotrigine après l'évaluation. Cette molécule est prescrite avant tout dans la prévention d'épisodes dépressifs dans le cadre de troubles bipolaires. Ceci explique probablement cette tendance car les patients bipolaires sont plus sujets à la dépression qu'aux hausses d'humeur. En règle générale nous la proposons en associations avec un traitement préventif de la manie (lithium ou antipsychotique atypique surtout) pour les patients souffrant de TBI.

Il est intéressant de noter l'augmentation de la prescription des stabilisateurs de l'humeur, en particulier la lamotrigine, chez les patients souffrant de TDR après évaluation, de 15.1% à 22.6%. Il ne concerne que peu de patients unipolaires et cette augmentation n'est pas statistiquement significative ($p=0.48$). Il est néanmoins possible que cette augmentation soit due au fait que 43.4% (23/53) des TDR présentent une comorbidité avec un trouble de personnalité. La lamotrigine, en effet, a montré quelque bénéfice dans le traitement pharmacologique des troubles de la personnalité en particulier sur les symptômes affectifs du trouble de personnalité borderline (Lieb et al., 2010).

Nous constatons également une augmentation de la prescription des antipsychotiques. Cette augmentation de prescription est présente aussi chez les patients souffrant de TDR mais n'est pas statistiquement significative ($p=0.33$) et ne concerne que 5 patients (sur 53). Cela pourrait

être lié au fait que certains antipsychotiques comme la quetiapine et l'aripiprazole, ont l'indication pour la potentialisation d'un traitement antidépresseur dans les cas de dépression unipolaire.

Nous retrouvons surtout une tendance à la prescription de la quetiapine, avant et après évaluation. Cette molécule est à ce jour l'antipsychotique le plus polyvalent dans le traitement des troubles bipolaires, tant pour son indication dans le traitement aigu de la manie et de la dépression ainsi que dans la prévention. En plus, sous sa forme XR, elle est indiquée dans la potentialisation d'un traitement antidépresseur pour les patients souffrant de TDR, d'où probablement sa légère augmentation dans cette indication. Dans la pratique clinique, cette molécule est souvent prescrite à des dosages plus bas que ceux utilisés dans les études ; p.ex. 31% des patients recevant cette molécule avant l'évaluation l'utilisaient à des dosages de 100 mg/j ou moins. Nous ne pouvons pas savoir si ces faibles dosages sont dus à des problèmes de tolérance ou à une efficacité déjà suffisante à faible dose ou encore à une utilisation pour des insomnies, en cas d'anxiété, en cas de troubles de la personnalité... (utilisation « off-label »). A noter que l'utilisation « off-label » des antipsychotiques atypiques, pratique courante en psychiatrie, pourrait amener à des conséquences potentiellement dangereuses pour la population au vu des risques métaboliques liés à certaines de ces molécules, comme p.ex. la quetiapine (McKean et Monasterio, 2012).

Pour ce qui concerne les antidépresseurs sur l'ensemble de notre cohorte, nous constatons peu de changement de prescription. Les patients souffrant d'un TDR présentent une augmentation, toutefois statistiquement non significative ($p=0.13$), de 58,5% à 67.9% (toute classe d'antidépresseur confondue). Selon la fig. 5 (cfr 3.3) il ressort qu'une partie des ces patients présentant un épisode dépressif au moment de l'évaluation ne se voient pas prescrire un antidépresseur. Ceci ne concernerait que très peu de patients et il se peut qu'ils fassent partie de ceux qui présentent une comorbidité avec une addiction. Dans ces cas nous proposons d'abord le sevrage à la substance donnée avant d'envisager l'introduction d'un antidépresseur. Notre analyse, par ailleurs, n'a pas examiné plus en détail ces patients.

La baisse statistiquement significative de la prescription des benzodiazépines est représentative du fait que les troubles de l'humeur ont besoin de traitements au long cours et les benzodiazépines sont souvent prescrites « au besoin ». Le risque de dépendance que cette classe de médicaments peut générer, en dépit d'une bonne tolérance globale, contribue probablement aussi à cette baisse. Il s'ajoute qu'à ce jour les benzodiazépines ne sont pas une classe de médicaments indiquée dans les recommandations internationales pour le traitement aigu ou de prévention des troubles de l'humeur.

4.4 Psychopharmacologie dans les troubles bipolaires I et II

Abordons maintenant l'impact de la psychopharmacologie chez les patients dont nous avons retenu un diagnostic de TBI ou TBII. La figure 7 (cfr 3.5) met en évidence une hausse globale de propositions de prescription de stabilisateurs de l'humeur et d'antipsychotiques auprès de ces patients. Il y a néanmoins quelques différences entre ces deux troubles bipolaires.

L'impact de l'évaluation sur les recommandations de stabilisateurs de l'humeur est intéressant : au-delà d'une augmentation globale de proposition de cette classe de médicaments, nous observons une augmentation uniquement pour le lithium auprès des patients souffrant de TBI et de la lamotrigine auprès des patients souffrant de TBII. Il y a par contre une diminution générale de la prescription d'acide valproïque pour ces deux troubles.

Le lithium reste à ce jour le stabilisateur de l'humeur qui se rapproche le plus du concept détaillé dans l'introduction et, avec la quetiapine, le seul indiqué dans le traitement des différentes phases des troubles bipolaires. L'augmentation de prescription n'est donc pas étonnante.

La baisse de prescription d'acide valproïque est peut-être à mettre sur le compte de ses effets secondaires (sédation et prise de poids in primis), la conséquence de l'efficacité du lithium et du « succès » de la lamotrigine. L'absence quasi totale de prescription d'autres stabilisateurs de l'humeur avant et après évaluation, comme par exemple la carbamazépine ou l'oxcarbazépine, reflète probablement un profil clinique peu avantageux de ces molécules par rapport aux trois principaux stabilisateurs. La carbamazépine et l'oxcarbazépine, aux nombreux risques d'interactions pharmacologiques et d'effets secondaires considérables, sont actuellement peu prescrites.

Concernant la classe des antipsychotiques, nous constatons, suite à l'évaluation, une hausse statistiquement significative de leur prescription pour les deux types de troubles bipolaires. Il y a surtout une tendance à l'utilisation de la quetiapine et cette tendance se renforce après l'évaluation indépendamment du type de trouble bipolaire. L'explication se trouve probablement à nouveau dans le large spectre d'indication de cette molécule, en particulier dans le traitement aigu de la dépression bipolaire, puisque presque la moitié des patients souffrant de TBI et de TBII présentent un épisode dépressif à l'évaluation.

Nous observons aussi une légère hausse de prescription d'aripiprazole après évaluation dans les deux types de troubles bipolaires. Cette hausse pourrait s'expliquer par le profil de

tolérance particulièrement intéressant de cette molécule comparée aux autres antipsychotiques : l'absence de sédation et le risque minime de prise de poids le différencie de presque tous les autres. Si l'on considère que ces effets secondaires peuvent, diminuer la compliance au traitement pharmacologique, cette molécule pourrait trouver sa place chez une partie des patients. Son efficacité dans la phase dépressive et au long cours ne sont à ce jour pas prouvés et par conséquent limitent son utilisation. Cet antipsychotique est indiqué dans le traitement aigu et de prévention de la manie, ce qui pourrait expliquer sa proposition surtout auprès des patients souffrant de TBI.

Concernant la prescription des antidépresseurs dans les troubles bipolaires, nous observons peu de changements avant et après évaluation. Cet aspect reflète probablement le débat évoqué précédemment (cfr 1.6) concernant l'utilisation et l'utilité des antidépresseurs dans les troubles bipolaires.

Il est néanmoins intéressant de noter la différence d'utilisation des antidépresseurs en fonction du type de trouble bipolaire : auprès des patients souffrant de TBI les antidépresseurs utilisés semblent se réduire à la sertraline, l'escitalopram et la venlafaxine alors qu'auprès des patients souffrant de TBII le spectre est plus varié pour les SSRI et les non-SSRI. L'escitalopram reste globalement l'antidépresseur le plus prescrit avant et après évaluation. Cela est peut-être dû à son profil de bonne tolérance, à un risque d'interaction pharmacologique très bas et un bon effet antidépresseur dans le trouble unipolaire alors qu'il doit encore faire ses épreuves dans la dépression bipolaire. Un autre avantage de l'escitalopram est celui de présenter un très faible risque de virage (hypo)maniaque. Les recommandations internationales actuelles des troubles bipolaires se focalisent sur les antidépresseurs en tant que classe ou sous classe de médicaments (SSRI, SNRI, ...) et moins sur les molécules individuelles.

Il est finalement à signaler que la présence d'un épisode dépressif en cours combiné à un âge de plus de 40 ans augmente le risque de prescription d'antidépresseurs pour l'ensemble des 140 patients bipolaires (TBI, TBII et TBNOS). Chez les patients souffrant de TBI, le facteur « sexe féminin » présente aussi un risque accru d'exposition, ce qui rejoint l'étude de Weinstock (2014). En ce qui concerne les patients souffrant de TBII, il n'y a pas de facteur spécifique associé à un risque d'exposition aux antidépresseurs. La tendance que l'on observe est celle d'une moindre prescription d'antidépresseurs en cas de comorbidité avec une addiction que l'on pourrait expliquer par la priorité à traiter l'addiction plutôt que d'ajouter une molécule supplémentaire.

Nos évaluations ont donc majoritairement un impact sur la prescription des stabilisateurs de l'humeur et des antipsychotiques, classes de médicaments indiqués par les recommandations internationales des troubles de l'humeur.

5. CONCLUSION

Nous pouvons reprendre les trois questions spécifiques à ce travail afin de donner une synthèse :

1) Quelles sont les caractéristiques de l'échantillon, en particulier en termes de diagnostic et de comorbidité ?

Sur 250 patients suspectés de souffrir d'un trouble bipolaire, 56% présentent effectivement ce trouble. Plus fréquent est le TBII (54%), suivi par le TBI (28%) et finalement le TBNOS (17.8%).

52% des patients souffrant de TBI et de TBII étaient euthymiques lors de l'évaluation, 40% étaient en dépression et 8% présentaient une hypomanie ou un épisode mixte.

Seulement 46% des patients souffrant de TBI et 29% de TBII n'ont pas de comorbidités.

Dans notre cohorte de patients souffrant de TBI et de TBII la comorbidité la plus fréquente est représentée par les troubles de personnalité (42%), en particulier chez ceux souffrant de TBII (51%), suivie par les addictions (34%) et ensuite les troubles anxieux (23%).

2) Le traitement prescrit lors de la demande d'évaluation est-il compatible avec les recommandations en vigueur pour les patients bipolaires ?

Le traitement prescrit avant l'évaluation semble s'écarter des recommandations internationales, au moins pour ce qui concerne les stabilisateurs de l'humeur et les benzodiazépines ; seulement 48% des 115 patients souffrant de TBI et de TBII recevaient un stabilisateur, alors que 43% de ces patients recevaient une benzodiazépine.

Il est par contre difficile de déterminer si la prescription d'antipsychotiques et antidépresseurs diffère des recommandations puisque 44% de ces 115 patients en recevaient avant l'évaluation.

3) Le traitement recommandé dans le rapport d'évaluation diffère-t-il du traitement prescrit lors de la demande ? Est-il en meilleure adéquation avec les recommandations internationales ?

Suite à l'évaluation nous observons une forte hausse de prescription des stabilisateurs de l'humeur, une hausse modérée des antipsychotiques, une stabilité pour les antidépresseurs et une nette réduction pour les benzodiazépines. Cela semble suivre les recommandations internationales pour le traitement des troubles bipolaires.

En conclusion ce travail confirme que les patients souffrants de troubles de l'humeur sont souvent exposés à une polypharmacie s'écartant des recommandations internationales, au moins pour les troubles bipolaires et, qu'une évaluation clinique approfondie pourrait permettre de prescrire un traitement pharmacologique plus en adéquation avec ces mêmes recommandations.

6. REFERENCES

1. Akhter A, Fiedorowicz JG, Zhang T, Potash JB, Cavanaugh J, Solomon DA, Coryell WH. Seasonal variation of manic and depressive symptoms in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013;15(4):377-84.
2. Akiskal HS, Pinto O. The soft bipolar spectrum : footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In: Marneros A, Angst J, editors. *Bipolar disorders : 100 years after manic-depressive insanity*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 37-62.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2005.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
5. Amit BH, Weizman A. Antidepressant treatment for acute bipolar depression: an update. *Depress Res Treat* 2012;2012:684725.
6. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo-substitution study. *Am J Psychiatry* 2010;167(7):792-800.
7. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001;67(1-3):3-19.
8. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73(1-2):133-46.
9. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(8):791-8.
10. Angst J, Gamma A, Bowden CL, Azorin JM, Perugi G, Vieta E, Young AH. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;262(1):3-11.
11. Aubry JM, Ferrero F, Schaad N, editors. *Psychopharmacologie des troubles bipolaires*. Chêne-Bourg (Genève): Médecine et Hygiène; 2013.

12. Baldessarini R, Henk H, Sklar A, Chang J, Leahy L. Psychotropic medications for patients with bipolar disorder in the United States: polytherapy and adherence. *Psychiatr Serv* 2008a;59(10):1175-83.
13. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol* 2008b;23(2):95-105.
14. Benedetti F, Barbini B, Fulgosi MC, Colombo C, Dallaspezia S, Pontiggia A, Smeraldi E. Combined total sleep deprivation and light therapy in the treatment of drug-resistant bipolar depression: acute response and long-term remission rates. *J Clin Psychiatry* 2005;66(12):1535-40.
15. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(8):1106-13.
16. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003;44(1):28-34.
17. Cottraux J, editor. *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.
18. Diazgranados N, Ibrahim L, Brutsche NE, Newberg A, Kronstein P, Khalife S, Kammerer WA, Quezado Z, Luckenbaugh DA, Salvadore G, Machado-Vieira R, Manji HK, Zarate CA, Jr. A randomized add-on trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant bipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(8):793-802.
19. Ferrero F, Aubry JM. *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
20. Fornaro M, McCarthy MJ, De Berardis D, De Pasquale C, Tabaton M, Martino M, Colicchio S, Cattaneo CI, D'Angelo E, Fornaro P. Adjunctive agomelatine therapy in the treatment of acute bipolar II depression: a preliminary open label study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:243-51.
21. Fountoulakis KN, Kasper S, Andreassen O, Blier P, Okasha A, Severus E, Versiani M, Tandon R, Moller HJ, Vieta E. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;262 Suppl 1:1-48.
22. Frye MA. Clinical practice. Bipolar disorder--a focus on depression. *N Engl J Med* 2011;364(1):51-9.
23. Gao K, Wang Z, Chen J, Kemp DE, Chan PK, Conroy CM, Serrano MB, Ganocy SJ, Calabrese JR. Should an assessment of Axis I comorbidity be included in the initial

- diagnostic assessment of mood disorders? Role of QIDS-16-SR total score in predicting number of Axis I comorbidity. *J Affect Disord* 2013;148(2-3):256-64.
24. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):4-9.
25. Ghaemi SN, Ostacher MM, El-Mallakh RS, Borrelli D, Baldassano CF, Kelley ME, Filkowski MM, Hennen J, Sachs GS, Goodwin FK, Baldessarini RJ. Antidepressant discontinuation in bipolar depression: a Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) randomized clinical trial of long-term effectiveness and safety. *J Clin Psychiatry* 2010;71(4):372-80.
26. Gijssman HJ, Geddes JR, Rendell JM, Nolen WA, Goodwin GM. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1537-47.
27. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition--recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2009;23(4):346-88.
28. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, Kasper S. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry* 2010;11(2):81-109.
29. Hasler G, Preisig M, Müller T, Holsboer-Trachsler E, Conus P, Aubry JM, Greil W. Recommandations thérapeutiques relatives aux troubles bipolaires. *Forum Med suisse* 2011;11(18):308-13.
30. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66(6):693-704.
31. Hegerl U, Bottner AC, Holtschmidt-Taschner B, Born C, Seemuller F, Scheunemann W, Schutze M, Grunze H, Henkel V, Mergl R, Angst J. Onset of depressive episodes is faster in patients with bipolar versus unipolar depressive disorder: evidence from a retrospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 2008;69(7):1075-80.
32. Henin A, Biederman J, Mick E, Hirshfeld-Becker DR, Sachs GS, Wu Y, Yan L, Ogutha J, Nierenberg AA. Childhood antecedent disorders to bipolar disorder in adults: a controlled study. *J Affect Disord* 2007;99(1-3):51-7.
33. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, Jr., Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rapport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. Development

- and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000;157(11):1873-5.
34. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64(2):161-74.
 35. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(6):530-7.
 36. Keck PE, Jr., McElroy SL. Definition, evaluation, and management of treatment refractory mania. *Psychopharmacol Bull* 2001;35(4):130-48.
 37. Kemp DE, Ganocy SJ, Brecher M, Carlson BX, Edwards S, Eudicone JM, Evoniuk G, Jansen W, Leon AC, Minkwitz M, Pikalov A, Stassen HH, Szegedi A, Tohen M, Van Willigenburg AP, Calabrese JR. Clinical value of early partial symptomatic improvement in the prediction of response and remission during short-term treatment trials in 3369 subjects with bipolar I or II depression. *J Affect Disord* 2011;130(1-2):171-9.
 38. Kulkarni J, Filia S, Berk L, Filia K, Dodd S, de Castella A, Brnabic AJ, Lowry AJ, Kelin K, Montgomery W, Fitzgerald PB, Berk M. Treatment and outcomes of an Australian cohort of outpatients with bipolar I or schizoaffective disorder over twenty-four months: implications for clinical practice. *BMC Psychiatry* 2012;12:228.
 39. Kupka RW, Altshuler LL, Nolen WA, Suppes T, Luckenbaugh DA, Leverich GS, Frye MA, Keck PE, Jr., McElroy SL, Grunze H, Post RM. Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disord* 2007;9(5):531-5.
 40. Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, editors. *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale*. Tome 1 : Introduction et syndromes cliniques 3e ed. Montréal: Gaëtan Morin; 1999.
 41. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196(1):4-12.
 42. Lorenzo LS, Vazquez GH, Zaratiegui RM, Tondo L, Baldessarini RJ. Characteristics of bipolar disorder patients given antidepressants. *Hum Psychopharmacol* 2012;27(5):486-91.

43. Mantere O, Melartin TK, Suominen K, Rytsala HJ, Valtonen HM, Arvilommi P, Leppamaki S, Isometsa ET. Differences in Axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(4):584-93.
44. McKean A, Monasterio E. Off-Label use of atypical antipsychotics, Cause for concern?. *CNS Drugs* 2012; 26 (5): 383-390.
45. McIntyre RS, Cha DS, Kim RD, Mansur RB. A review of FDA-approved options in bipolar depression. *CNS Spectrum* 2013; 18,4-21
46. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):543-52.
47. Merikangas KR, Lamers F. The 'true' prevalence of bipolar II disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25(1):19-23.
48. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
49. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guidelines: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. Alden Press UK. ed. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
50. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, Pollack MH, Ostacher MJ, Yan L, Siegel R, Sachs GS. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1467-73.
51. Nivoli AM, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli P, Gonzalez-Pinto A, Fountoulakis KN, Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2011;129(1-3):14-26.
52. Organisation mondiale de la santé, editor. Classification internationale des maladies. Dixième révision. (CIM-10/ICD-10). Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Paris [etc.], OMS, Genève Masson; 1993.
53. Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, Post RM, Berk M, Goodwin GM, Sachs GS, Tondo L, Findling RL, Youngstrom EA, Tohen M, Undurraga J, Gonzalez-Pinto A, Goldberg JF, Yildiz A, Altshuler LL, Calabrese JR, Mitchell PB, Thase ME, Koukopoulos A, Colom F, Frye MA, Malhi GS, Fountoulakis KN, Vazquez G, Perlis RH, Ketter TA, Cassidy F, Akiskal H, Azorin JM, Valenti M,

- Mazzei DH, Lafer B, Kato T, Mazzarini L, Martinez-Aran A, Parker G, Souery D, Ozerdem A, McElroy SL, Girardi P, Bauer M, Yatham LN, Zarate CA, Nierenberg AA, Birmaher B, Kanba S, El-Mallakh RS, Serretti A, Rihmer Z, Young AH, Kotzalidis GD, MacQueen GM, Bowden CL, Ghaemi SN, Lopez-Jaramillo C, Rybakowski J, Ha K, Perugi G, Kasper S, Amsterdam JD, Hirschfeld RM, Kapczinski F, Vieta E. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* 2013;170(11):1249-62.
54. Parker G, Tully L, Olley A, Hadzi-Pavlovic D. SSRIs as mood stabilizers for Bipolar II Disorder? A proof of concept study. *J Affect Disord* 2006;92(2-3):205-14.
55. Perlis RH, Adams DH, Fijal B, Sutton VK, Farmen M, Breier A, Houston JP. Genetic association study of treatment response with olanzapine/fluoxetine combination or lamotrigine in bipolar I depression. *J Clin Psychiatry* 2010;71(5):599-605.
56. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, Mueller PS, Newsome DA, Wehr TA. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41(1):72-80.
57. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, Ketter TA, Patel J, Hauser P, Rapport D, Martinez JM, Allen MH, Miklowitz DJ, Otto MW, Dennehy EB, Thase ME. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med* 2007;356(17):1711-22.
58. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
59. Sidor MM, Macqueen GM. Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2011;72(2):156-67.
60. Slama F. [ADHD and bipolar disorder in adulthood]. *Encephale* 2006;32 Pt 2:S30-2.
61. Swartz HA, Thase ME. Pharmacotherapy for the treatment of acute bipolar II depression: current evidence. *J Clin Psychiatry* 2011;72(3):356-66.
62. Tamam L, Tuglu C, Karatas G, Ozcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(4):480-5.

63. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(7):385-93.
64. Tohen M, Vieta E, Calabrese J, Ketter TA, Sachs G, Bowden C, Mitchell PB, Centorrino F, Risser R, Baker RW, Evans AR, Beymer K, Dube S, Tollefson GD, Breier A. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(11):1079-88.
65. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *J Affect Disord* 2005;88(1):103-8.
66. Weinstock LM, Gaudiano BA, Epstein-Lubow G, Tezanos K, Celis-Dehoyos CE, Miller IW. Medication burden in bipolar disorder: a chart review of patients at psychiatric hospital admission. *Psychiatry Res* 2014;216(1):24-30.
67. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(11):1776-84.
68. Wu JC, Kelsoe JR, Schachar C, Bunney BG, DeModena A, Golshan S, Gillin JC, Potkin SG, Bunney WE. Rapid and sustained antidepressant response with sleep deprivation and chronotherapy in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2009;66(3):298-301.
69. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, O'Donovan C, Macqueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013;15(1):1-44.
70. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
71. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ, Brutsche NE, Ameli R, Luckenbaugh DA, Charney DS, Manji HK. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(8):856-64.

7. ANNEXES

LE QUESTIONNAIRE DE TROUBLE DE L'HUMEUR

1.	Est-ce qu'il y a déjà eu une période au cours de laquelle vous n'étiez pas vraiment vous-même et ...	OUI	NON
	...vous vous sentiez tellement bien ou accéléré(e), au point que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas dans votre état habituel ou que le fait d'être tellement accéléré(e) vous attirait des ennuis ?	☐	☐
	...vous vous sentiez tellement irritable que vous avez insulté des gens ou que vous avez déclenché des bagarres ou des disputes ?	☐	☐
	...vous vous sentiez beaucoup plus sûr(e) de vous que d'habitude ?	☐	☐
	...vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et vous trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment ?	☐	☐
	...vous étiez beaucoup plus loquace ou parliez plus vite que d'habitude ?	☐	☐
	...les pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir le cours de votre pensée ?	☐	☐
	...vous étiez si facilement distrait(e) par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir de la peine à vous concentrer ou à rester sur une idée ?	☐	☐
	...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?	☐	☐
	...vous étiez beaucoup plus actif(ve) ou faisiez bien plus de choses que d'habitude ?	☐	☐
	...vous étiez beaucoup plus sociable ou ouvert(e) que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit ?	☐	☐
	...vous étiez beaucoup plus intéressé(e) par la sexualité que d'habitude ?	☐	☐
	...vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu considérer comme excessives, stupides ou risquées ?	☐	☐
	...les dépenses que vous avez faites ont causé des problèmes à vous ou à votre famille ?	☐	☐
2.	Si vous avez coché « Oui » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période. <i>Merci de n'entourer qu'une seule réponse.</i>		
	OUI	NON	
3.	A quel point ceci vous a-t-il causé des problèmes – comme être dans l'incapacité de travailler; avoir des problèmes familiaux, financiers ou légaux ; vous impliquer dans des disputes ou des bagarres ? <i>Merci de n'entourer qu'une seule réponse.</i>		
	Aucun problème	problème mineur	problème modéré problème sévère

**DEPISTAGE DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE
(CRITERES DIAGNOSTIQUES DSM-IV)**

Adaptation à usage interne des critères DSM-IV et entretien IPDE – 1999- KEIZER I, MC QUILLAN A. ET BIELER L.

Code : Examineur : Date :

		OUI	NON
1.	Lors de situations de séparations / ruptures d'une relation, faites-vous généralement des efforts démesurés pour éviter d'être abandonné(e) ? <i>(Remarque : il peut aussi s'agir d'abandons imaginés)</i>	☐	☐
2.	Vivez-vous souvent des relations caractérisées par une grande intensité et une grande instabilité, au cours de laquelle vous pouvez tantôt admirer, tantôt mépriser la même personne ?	☐	☐
3.	Avez-vous l'impression que vous ne savez pas bien qui vous êtes, ou que vous n'avez jamais vraiment eu des objectifs stables dans la vie ? Parfois vous demandez-vous si vous préférez les relations intimes avec un homme ou une femme ? <i>(Remarque : cocher oui si réponse oui à au moins une des parties)</i>	☐	☐
4.	Etes-vous une personne très impulsive, au point que cela vous a déjà entraîné des ennuis ? <i>(Par exemple dépenses inconsidérées, relations sexuelles avec quelqu'un d'autre que votre partenaire habituel sans beaucoup réfléchir, abus d'alcool ou de drogues. Mettre facilement votre vie en danger sur la route ou d'une autre manière).</i> <i>(Remarque : exclure ce qui sera coté en 5)</i>	☐	☐
5.	Est-ce que vous avez à plusieurs reprises déclaré que vous vouliez vous suicider ou fait une tentative de suicide, ou vous êtes-vous déjà blessé volontairement ? <i>(Comme vous couper, vous cogner fortement, vous brûler, faire des surdosages de médicaments, ou autre)</i>	☐	☐
6.	Etes-vous très <u>réactif</u> , par exemple est-ce que des petites choses provoquent chez vous un état d'irritabilité ou de dépression importante, entraînant une détresse, voire un comportement inadéquat/impulsif ? Diriez-vous que vous ressentez souvent une « instabilité affective » ? <i>(Remarque : cocher oui si réponse oui à au moins une des questions)</i>	☐	☐
7.	Avez-vous souvent un sentiment gênant de « vide intérieur » ou d'ennui ? Ce sentiment vous fait-il rechercher en permanence à être occupé ou peut-il entraîner une détresse ou un comportement inadéquat ? <i>(Remarque : cocher oui si réponse oui à au moins une des questions)</i>	☐	☐
8.	Avez-vous de la peine à contrôler la colère <i>(par exemple vous mettez-vous fréquemment en colère, pour des raisons qui finalement n'en valent pas la peine, ou bien vous est-il arrivé quelquefois d'exprimer une colère très intense et inappropriée pour des situations qui n'auraient pas dû aboutir à une réaction aussi intense) ?</i>	☐	☐
9.	Lors de <u>situations de tension importante</u> , vous arrive-t-il d'avoir le sentiment que vous avez des sensations étranges ?... de vous sentir comme un spectateur détaché regardant le monde extérieur sans en faire réellement partie ?... de penser qu'on vous veut du mal ou que vous êtes menacé ? <i>(Cocher oui si réponse oui à au moins une des 3)</i>	☐	☐

AU MOINS 4 CASES VRAIES :

OUI ☐ INVESTIGUER SI TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

NON ☐

EVALUATION DU SOMMEIL

Date :

Médecin :

Infirmier-ère/psychologue :

Taille :

⇒ BMI :

Poids :

Circonférence du cou :

Veuillez, s'il vous plaît, évaluer la présence des symptômes suivants **au cours du dernier mois** :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Syndrome d'apnée du sommeil			
1. Ronflez-vous bruyamment ?			
2. Vous sentez-vous fatigué(e), las(se) ou somnolent(e) durant la journée ?			
3. Quelqu'un vous a-t-il observé en arrêt respiratoire durant votre sommeil ?			
4. Etes-vous hypertendu(e) ou êtes-vous traité(e) pour hypertension ?			

	Oui	Non	Pas de partenaire
Syndrome des jambes sans repos/mouvements périodiques des jambes			
1. Avez-vous des <u>sensations désagréables</u> d'impatience ou d'agacement dans les jambes qui vous <u>gênent</u> pour vous endormir ou vous rendormir ?			
2. Ressentez-vous le <u>besoin de vous lever</u> ou de <u>remuer les jambes</u> pour soulager ces sensations d'agacement ?			
3. Les <u>mouvements soulagent-ils</u> (complètement ou partiellement) ces sentiments d'agacement ?			
4. Ce problème est-il <u>plus prononcé</u> au cours de la soirée et de la nuit ?			
5. Votre partenaire vous reproche-t-il de bouger les jambes la nuit ou de lui donner souvent des « coup de pied » ?			

Insomnie		
Avez-vous <u>plusieurs fois par semaine</u> ...	Oui	Non
1. ... des difficultés à vous endormir (il vous faut plus de 30 min.) ?		
2. ... des réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés ?		
3. ... des réveils précoces le matin (vers 4-5h) sans possibilité de vous rendormir ?		
4. ... un sommeil de mauvaise qualité, non réparateur ?		

	Oui	Non
Parasomnie		
1. Souffrez-vous de somnambulisme ou d'autres comportements inhabituels au cours du sommeil ?		
2. Faites-vous <u>souvent</u> des cauchemars ?		

Prenez-vous un ou des traitements pour le sommeil ? Si oui, le ou lesquels ?

.....

M A D R S

Montgomery S. et Asberg A., 1979 (traduction de Bobon D.P. : in Bouvard M.

et

Cottraux J. : Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et
en psychologie, Paris, Masson, 1996

(entretien standardisé d'après Corruble et Guelfi (1997), dernière adaptation mars 2000,
adapté par G. Bertschy, S. Favre, S. Mohr, Ch. Osiek)

Recommandations générales

- L'évaluation est basée sur un entretien clinique structuré qui aborde d'une part des questions générales sur les symptômes et, d'autre part, des questions plus détaillées qui permettent une évaluation précise de leur sévérité. L'évaluation doit porter sur l'état du patient depuis la dernière évaluation (ou sinon la semaine précédente).

- Pour chaque item, l'examineur doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur les points intermédiaires (1, 3, 5). Pour chaque rubrique, il faut cocher le chiffre qui caractérise le mieux l'état du patient. Si vraiment l'hésitation est totale entre deux chiffres, la consigne est de toujours utiliser le chiffre le plus élevé.

QUESTION INITIALE	
Comment vous êtes-vous senti au cours de la semaine passée ?	

1. TRISTESSE APPARENTE	Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.
Repose sur l'observation	0. Pas de tristesse 1. 2. Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté. 3. 4. 5. Paraît triste et malheureux la plupart du temps 6. Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2. TRISTESSE EXPRIMEE	Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auxquels l'humeur est dite être influencée par les événements.
Aviez-vous le moral cette dernière semaine ? Vous êtes-vous senti triste au cours des derniers jours ? tous les jours ? toute la journée ? Vous êtes-vous senti désespéré au cours de ces derniers jours ? tous les jours ? toute la journée ? Votre humeur est-elle influencée par les circonstances extérieures ?	0. Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances 1. 2. Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté. 3. 4. Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression. 5. 6. Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.
3. TENSION INTERIEURE	Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.
Vous êtes-vous senti particulièrement tendu ou irritable cette dernière semaine ? Avez-vous eu des sentiments de malaise mal définis, d'agitation intérieure, de tension nerveuse, allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse ? Ces sentiments sont-ils occasionnels, fréquents ou permanents ? Pouvez-vous ou non les maîtriser ? <u>Si oui</u>, comment ?	0. Calme. Tension intérieure seulement passagère. 1. 2. Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini. 3. 4. Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté. 5. 6. Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.
4. REDUCTION DU SOMMEIL	Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade
Comment avez-vous dormi au cours de cette dernière semaine ? Votre sommeil est-il différent par comparaison avec votre sommeil lorsque vous n'étiez pas malade ? Combien d'heures par nuit dormiez-vous avant d'être malade ? Actuellement, votre sommeil est-il réduit ou interrompu ? <u>Si oui</u>, pendant combien d'heures ? Combien d'heures par nuit avez-vous dormi cette dernière semaine ?	0. Dort comme d'habitude 1. 2. Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité. 3. 4. Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures. 5. 6. Moins de deux ou trois heures de sommeil <u>NDLR</u> : NE PAS TENIR COMPTE DE LA PRISE DE SOMNIFERE

5. REDUCTION DE L'APPETIT	Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger
Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine passée ? Etait-il comparable à votre appétit habituel ? Est-ce que la nourriture a du goût pour vous ? Avez-vous dû vous forcer pour manger ? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger ?	0. Appétit normal ou augmenté. 1. 2. Appétit légèrement réduit. 3. 4. Pas d'appétit. Nourriture sans goût. 5. 6. Ne mange que si on le persuade.

6. DIFFICULTES DE CONCENTRATION	Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.
Est-ce que vous avez des difficultés pour rassembler vos pensées ou pour vous concentrer ? <u>Si oui</u>, quelles sont les tâches pour lesquelles vous êtes gêné ? est-ce que cela vous perturbe pour la lecture, pour suivre un programme télévisé ou pour soutenir une conversation ? <u>Si oui</u>, jusqu'à quel point ? Les difficultés que vous décrivez sont-elles occasionnelles ou plutôt permanentes ?	0. Pas de difficultés de concentration. 1. 2. Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées. 3. 4. Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation. 5. 6. Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. LASSITUDE	Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.
La semaine dernière, avez-vous eu des activités dans la journée ? lesquelles ? Avez-vous eu des difficultés à vous mettre en route, à entreprendre ces activités ? Avez-vous eu des difficultés à accomplir les activités quotidiennes ? <u>Si oui</u>, avez-vous besoin d'aide ? <u>Si oui</u>, jusqu'à quel point ?	0. Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur. 1. 2. 3. Difficultés à commencer des activités. 4. 5. Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort. 6. Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. INCAPACITE A RESSENTIR	Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.
Est-ce que vous avez de l'intérêt pour le monde environnant, pour les gens et pour les amis ? Est-ce que vous prenez plaisir à vos intérêts habituels ? Etes-vous émotionnellement paralysé ou ressentez-vous des émotions telles que la colère, le chagrin ou le plaisir ?	0. Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens. 1. 2. Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels 3. 4. 5. Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances. 6. Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9. PENSEES PESSIMISTES	Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords et de ruine.
Vous êtes-vous senti particulièrement négatif vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine ? Avez-vous éprouvé un sentiment d'échec ? Vous êtes-vous senti coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ? Vous accusez-vous de certaines choses ? <u>Si oui</u>, lesquelles ? Etes-vous pessimiste à propos de votre futur ? <u>Si oui</u>, jusqu'à quel point ? Toutes ces idées sont-elles intermittentes ou persistantes ? Que pensez-vous de la réalité de ces idées ?	0. Pas de pensées pessimistes. 1. 2. Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation. 3. 4. Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché, précises mais encore rationnelles. Pessimisme marqué à propos du futur. 5. 6. Idées délirantes de ruine, de remords ou de péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables. <u>NDLR</u> : 5. et 6. correspondent à une rupture avec la réalité : 5 le patient peut critiquer, 6 il ne le peut pas.

10. IDEES DE SUICIDE	Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.
Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ? avez-vous eu envie de vous suicider ? <u>Si oui</u>, avec quelle fréquence ? Considérez-vous le suicide comme une solution ? <u>Si oui</u>, avez-vous pensé à un projet ou fait des préparatifs de suicide ?	0. Jouit de la vie ou la prend comme elle vient. 1. 2. Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères. 3. 4. Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans intention ou projet précis. 5. 6. Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Euthymie : 0 – 13 (< 8 rémission complète)
Dépression légère : 14 - 18

Dépression moyenne : 19 – 25
 Dépression sévère : > 25

ECHELLE DE MANIE (YMRS) de R.C. YOUNG

Traduction et validation de S. Favre, J.-M. Aubry, M. Gex-Fabry, E. Ragama-Pardos,
 A. McQuillan & G. Bertschy (Encéphale, 2003 XXIX, 499-505)

Guide pour attribuer les points aux items : le but de chaque item est d'estimer la sévérité de cette anomalie chez le patient. Lorsque plusieurs descriptions sont données pour un degré particulier de sévérité, une seule description est suffisante pour pouvoir attribuer ce degré.

Les descriptions données sont des guides. On peut les ignorer si c'est nécessaire pour évaluer la sévérité, mais ceci doit plutôt être l'exception que la règle.

1. Elévation de l'humeur 0. Absente 1. Légèrement ou possiblement élevée lorsqu'on l'interroge 2. Elévation subjective nette ; optimiste ; plein d'assurance ; gai ; contenu approprié 3. Elevée, au contenu inapproprié ; plaisantin 4. Euphorique ; rires inappropriés ; chante	7. Langage – troubles de la pensée 0. Absent 1. Circonstancie I ; légère distractivité ; pensées rapides 2. Distractivité ; perd le fil de ses idées, change fréquemment de sujet, pensées accélérées 3. Fuite des idées, réponses hors sujet, difficile à suivre, fait des rimes, écholalie 4. Incohérent ; communication impossible
2. Activité motrice et énergie augmentées 0. Absentes 1. Subjectivement élevées 2. Animé ; expression gestuelle plus élevée 3. Energie excessive ; parfois hyperactif ; agité (peut être calmé) 4. Excitation motrice ; hyperactivité continuelle (ne peut être calmé)	8. Contenu 0. Normal 1. Projets discutables, intérêts nouveaux 2. Projet(s) particulier(s) ; hyper religieux 3. Idées de grandeur ou de persécution ; idées de référence 4. Délires ; hallucinations
3. Intérêt sexuel 0. Normal ; non augmenté 1. Augmentation légère ou possible 2. Clairement augmenté lorsqu'on l'interroge 3. Parle spontanément de la sexualité, élabore sur des thèmes sexuels ; se décrit comme étant hyper sexuel 4. Agissements sexuels manifestes (envers les patients, les membres de l'équipe, ou l'évaluateur)	9. Comportement agressif et perturbateur 0. Absent, coopératif 1. Sarcastique, parle fort par moment, sur la défensive 2. Exigeant, fait des menaces dans le service 3. Menace l'évaluateur ; crie ; évaluation difficile 4. Agressif physiquement ; destructeur ; évaluation impossible
4. Sommeil 0. Ne rapporte pas de diminution de sommeil 1. Dort jusqu'à une heure de moins que d'habitude 2. Sommeil réduit de plus d'une heure par rapport à l'habitude 3. Rapporte un moins grand besoin de sommeil 4. Nie le besoin de sommeil	10. Apparence 0. Soignée et habillement adéquat 1. Légèrement négligé 2. Peu soigné ; modérément débraillé ; trop habillé 3. Débraillé, à moitié nu, maquillage criard 4. Complètement négligé ; orné, accoutrement bizarre
5. Irritabilité 0. Absente 1. Subjectivement augmentée 2. Irritable par moment durant l'entretien ; épisodes récents d'énervements ou de colère dans le service 3. Fréquemment irritable durant l'entretien ; brusque, abrupte 4. Hostile, non coopératif ; évaluation impossible	11. Introspection 0. Présente ; admet être malade ; reconnaît le besoin de traitement 1. Eventuellement malade 2. Admet des changements de comportement, mais nie la maladie 3. Admet de possibles changements de comportement, mais nie la maladie 4. Nie tout changement de comportement
6. Discours (débit et quantité) 0. Pas augmenté 1. Se sent bavard 2. Augmentation du débit ou de la quantité par moment, prolixe par moment 3. Soutenu ; augmentation consistante du débit ou de la quantité, difficile à interrompre 4. Sous pression ; impossible à interrompre, discours continu	TOTAL :

C.T.Q.
(Questionnaire des traumatismes de l'enfance)
2 mars 1993

*Traduction et adaptation :
P. Baud et A. Malafosse : 16.10.2003*

Code:

Date:

Sexe:

Age:

Instructions: Ce questionnaire porte sur certaines expériences que vous auriez pu vivre **au cours de votre enfance ou de votre adolescence.**

Pour chaque affirmation, cochez la case qui convient le mieux. Bien que certaines questions concernent des sujets intimes et personnels, il est important de répondre complètement et aussi honnêtement que possible.

Au cours de mon enfance et/ou de mon adolescence :

	Jamais	Rare- ment	Quel- quefois	Souvent	Très souvent
1. Il m'est arrivé de ne pas avoir assez à manger	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger	☐	☐	☐	☐	☐
3. Des membres de ma famille me disaient que j'étais « stupide » ou « paresseux » ou « laid »	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mes parents étaient trop saouls ou « pétés » pour s'occuper de la famille	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou particulier	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je devais porter des vêtements sales	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je me sentais aimé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je pensais que mes parents n'avaient pas souhaité ma naissance	☐	☐	☐	☐	☐
9. J'ai été frappé(e) si fort par un membre de ma famille que j'ai dû consulter un docteur ou aller à l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je n'aurais rien voulu changer à ma famille	☐	☐	☐	☐	☐
11. Un membre de ma famille m'a frappé(e) si fort que j'ai eu des bleus ou des marques	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Rare- ment	Quel- quefois	Souvent	Très souvent
12. J'étais puni(e) au moyen d'une ceinture, d'un bâton, d'une corde ou de quelque autre objet dur	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les membres de ma famille étaient attentifs les uns aux autres	☐	☐	☐	☐	☐
14. Les membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je pense que j'ai été physiquement maltraité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'ai eu une enfance parfaite	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'ai été frappé(e) ou battu(e) si fort que quelqu'un l'a remarqué (par ex. un professeur, un voisin ou un docteur)	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'avais le sentiment que quelqu'un dans ma famille me détestait	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres	☐	☐	☐	☐	☐
20. Quelqu'un a essayé de me faire des attouchements sexuels ou de m'en faire faire	☐	☐	☐	☐	☐
21. Quelqu'un a menacé de me blesser ou de raconter des mensonges à mon sujet, si je ne faisais pas quelque chose de nature sexuelle avec lui	☐	☐	☐	☐	☐
22. J'avais la meilleure famille du monde	☐	☐	☐	☐	☐
23. Quelqu'un a essayé de me faire faire des actes sexuels ou de me faire regarder de tels actes	☐	☐	☐	☐	☐
24. J'ai été victime d'abus sexuels	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je pense que j'ai été maltraité affectivement	☐	☐	☐	☐	☐
26. Il y avait quelqu'un pour m'emmener chez le docteur si j'en avais besoin	☐	☐	☐	☐	☐
27. Je pense qu'on a abusé de moi sexuellement	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ma famille était une source de force et de soutien	☐	☐	☐	☐	☐

M.I.N.I.

MINI-ENTRETIEN NEUROPSYCHIATRIQUE INTERNATIONAL MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

French Version 6.0.0

DSM-IV

USA : D. Sheehan¹, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan, C. Gray.

¹University of South Florida College of Medicine - Tampa, USA

Europe : Y. Lecrubier², E. Weiller, T. Hergueta, C. Allgulander, N. Kadri, D. Baldwin, C. Even.

²Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris, France

© Copyright 1992-2009 Sheehan DV & Lecrubier Y

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Notre objectif est d'aider à l'évaluation et au dépistage des patients avec davantage d'efficacité et de précision. Avant toute exploitation, les données recueillies et traitées par ce programme doivent être revues et interprétées par un clinicien diplômé.

Ce programme n'est pas conçu pour, ni ne vise à remplacer une évaluation médicale et psychiatrique complète par un médecin-psychiatre diplômé compétent. Il vise seulement à être un outil pour faciliter le recueil précis et le traitement adéquat de données sur des symptômes mis en évidence par un personnel formé.

Nom du patient :	_____	Numéro d'identification du patient :	_____
Date de naissance :	_____	Heure de début :	_____
Entretien réalisé par :	_____	Heure de fin :	_____
Date de l'entretien :	_____	Durée totale :	_____

MODULES	PÉRIODES EXPLORÉES	REMPLE LES CRITÈRES	DSM-IV-TR	CIM-10	DIAGNOSTIC PRINCIPAL
A ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR	Actuel (2 dernières semaines)	☐	296.20-296.26 Isolé	F32.x	☐
	Récurrent	☐	296.30-296.36 Récurrent	F33.x	☐
	Passé	☐	296.20-296.26 Isolé	F32.x	☐
B RISQUE SUICIDAIRE	Actuel (mois écoulé)	☐			☐
	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère				
C ÉPISODE MANIAQUE	Actuel	☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9	☐
	Passé	☐			
ÉPISODE HYPOMANIAQUE	Actuel	☐	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	☐
	Passé	☐			
TROUBLE BIPOLAIRE I	Actuel	☐	296.0x-296.6x	F30.x-F31.9	☐
	Passé	☐	296.0x-296.6x	F30.x-F31.9	☐
TROUBLE BIPOLAIRE II	Actuel	☐	296.89	F31.8	☐
	Passé	☐	296.89	F31.8	☐
TROUBLE BIPOLAIRE NS	Actuel	☐	296.80	F31.9	☐
	Passé	☐	296.80	F31.9	☐
D TROUBLE PANIQUE	Actuel (mois écoulé)	☐	300.01/300.21	F40.01-F41.0	☐
	Vie entière	☐			
E AGORAPHOBIE	Actuelle	☐	300.22	F40.00	☐
F PHOBIE SOCIALE (Trouble anxiété sociale)	Actuelle (mois écoulé)	☐			
	Généralisée	☐	300.23	F40.1	☐
	Non généralisée	☐	300.23	F40.1	☐
G TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuel (mois écoulé)	☐	300.3	F42.8	☐
H ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuel (mois écoulé)	☐	309.81	F43.1	☐
I DÉPENDANCE ALCOOLIQUE	(12 derniers mois)	☐	303.9	F10.2x	☐
ABUS D'ALCOOL	(12 derniers mois)	☐	305.00	F10.1	☐
J DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE	(12 derniers mois)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1	☐
(non alcoolique)					
ABUS D'UNE SUBSTANCE (non alcoolique)	(12 derniers mois)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1	☐
K TROUBLES PSYCHOTIQUES	Vie entière	☐	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29	☐
	Actuels	☐			
TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES	Vie entière	☐	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/ F30.2/F31.2/F31.5 F31.8/F31.9/F39	☐
	Actuel	☐	296.24/296.34/296.44		☐
L ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	☐	307.1	F50.0	☐
M BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	☐	307.51	F50.2	☐
ANOREXIE MENTALE, BOULIMIE/ TYPE AVEC VOMISSEMENTS OU PURGATIFS	Actuelle	☐	307.1	F50.0	☐
N ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	Actuelle (6 derniers mois)	☐	300.02	F41.1	☐
O CAUSE MÉDICALE, ORGANIQUE ou INDUITE PAR UNE SUBSTANCE EXCLUE		☐ Non ☐ Oui ☐ Incertain			
P TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE	Vie entière	☐	301.7	F60.2	☐

PRÉCISEZ LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL EN COCHANT LA CASE APPROPRIÉE.

(Quel problème vous perturbe le plus ou prédomine sur les autres ou est apparu en premier chronologiquement ?) _____

La traduction du DSM-IV-TR vers les codes CIM-10 n'est pas toujours exacte. Pour plus d'informations sur ces questions, voir Schulte-Markwort. Crosswalks ICD-10/DSM-IV-TR. Hogrefe & Huber Publishers 2006.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Le M.I.N.I. a été conçu pour être un entretien structuré bref explorant les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV et de la CIM-10. Des études de validité et de fidélité ont comparé le M.I.N.I. au SCID-P pour le DSM-III-R et au CIDI (un entretien structuré développé par l'Organisation mondiale de la Santé). Les résultats de ces études montrent que le M.I.N.I. a des propriétés de fidélité et de validité similaires, mais avec une durée de passation beaucoup plus brève (moyenne 18,7 min. $\pm$ 11,6 min.; médiane 15 minutes) que les instruments mentionnés ci-dessus. Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens doivent recevoir une formation plus approfondie.

ENTRETIEN :

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui/d'elle des réponses en oui ou non.

PRÉSENTATION :

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Troubles psychotiques »), une ou plusieurs question(s) filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un **cadre grisé**.
- À la fin de chaque module, une ou plusieurs cases diagnostiques permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

CONVENTIONS :

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues « mot à mot » au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les réponses surmontées d'une flèche (➤) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « **NON** » dans la ou les case(s) diagnostique(s) correspondante(s) et passer au module suivant.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question G6).

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

INSTRUCTIONS DE COTATION :

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant soit OUI soit NON en fonction de la réponse du patient. Le cotateur doit utiliser son jugement clinique pour coter les réponses. Les cotateurs doivent être attentifs à la diversité des croyances culturelles en posant les questions et en cotant les réponses. Pour garantir une cotation précise, le cotateur doit demander des exemples quand cela est nécessaire. Il faut encourager le patient à demander des éclaircissements sur toute question qui ne lui serait pas absolument claire.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question a bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, de sévérité, et les alternatives « et/ou »).

Les symptômes imputables à une maladie physique ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus, qui est une version plus détaillée du M.I.N.I., explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé(e) à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informé(e) des mises à jour, vous pouvez contacter :

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida College of Medicine
3515 East Fletcher Ave, Tampa, FL USA 33613-4706
tél. : +1 813 974 4544; fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@health.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Christian Even, M.D.
Centre Hospitalier Sainte-Anne
Clinique des Maladies Mentales de l'Encéphale
100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex 14, France
tél. : +33 (0) 1 53 80 49 41; fax : +33 (0) 1 45 65 88 54
e-mail : even-sainteanne@orange.fr ou ylecrubier@noos.fr

A. ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT AUX CASES DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

A1	a	Vous est-il <u>déjà</u> arrivé de vous sentir particulièrement triste ou déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours, pendant une période de 2 semaines ?	NON	OUI
SI NON, COTEZ NON À A1b. SI OUI, DEMANDEZ :				
	b	<u>Au cours des deux dernières semaines</u> , vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI
A2	a	Vous êtes-vous <u>déjà</u> senti(e), pendant une période de deux semaines, nettement moins intéressé(e) par la plupart des choses ou nettement moins capable de prendre plaisir aux choses auxquelles vous preniez plaisir habituellement ?	NON	OUI
SI NON, COTEZ NON À A2b. SI OUI, DEMANDEZ :				
	b	<u>Au cours des deux dernières semaines</u> , aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI
A1a OU A2a SONT-ELLES COTÉES OUI ?			➡ NON	OUI
A3 SI A1b OU A2b = OUI, EXPLOREZ L'ÉPISODE ACTUEL ET L'ÉPISODE PASSÉ LE PLUS SYMPTOMATIQUE SINON SI A1b ET A2b = NON, EXPLOREZ SEULEMENT L'ÉPISODE PASSÉ LE PLUS SYMPTOMATIQUE				
Au cours de cette période de deux semaines pendant laquelle vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :				
			<u>2 dernières semaines</u>	<u>Épisode passé</u>
	a	Votre appétit a-t-il notablement changé ? Avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg/ ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg/120 lbs.) ? COTER OUI SI OUI À L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI
	b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (difficultés d'endormissements, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI
	c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude ou, au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI
	d	Vous sentiez-vous fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
	e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
SI OUI, DEMANDEZ DES EXEMPLES. LES EXEMPLES CONCORDENT AVEC UNE IDÉE DELIRANTE :			Épisode actuel Épisode passé	☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui
	f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
	g	Avez-vous, à plusieurs reprises, pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), pensé au suicide ou à vous faire du mal ? Avez-vous tenté ou planifié un suicide ? COTER OUI SI OUI À L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI
A4	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils entraîné des difficultés significatives à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ?		NON	OUI
A5	Entre 2 épisodes de dépression ou de perte d'intérêt pour la plupart des choses, vous êtes-vous déjà senti(e) bien pendant au moins deux mois ?		NON	OUI

Y A-T-IL AU MOINS 5 OUI ENTRE A1 ET A3 ET A4 EST-ELLE COTÉE OUI POUR CETTE PÉRIODE ?

PRECISEZ SI L'ÉPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE.

SI A5 EST COTÉE OUI, COCHEZ « RÉCURRENT ».

NON	OUI
ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR	
ACTUEL	☐
PASSÉ	☐
RÉCURRENT	☐

A6 a Combien d'épisodes de dépression avez-vous eus dans votre vie ? _____

Les épisodes doivent être entrecoupés de périodes d'au moins 2 mois sans dépression significative.

B. RISQUE SUICIDAIRE

Points

Au cours du mois écoulé :

B1	Avez-vous eu un accident ? SI NON À B1, PASSEZ À B2. SI OUI, POURSUIVEZ AVEC B1a.	NON	OUI	0
B1a	Avez-vous prévu ou eu l'intention de vous faire du mal dans cet accident, plus ou moins volontairement ? (Par exemple, en ne cherchant pas à éviter un risque ?) SI NON À B1a, PASSEZ À B2. SI OUI, POURSUIVEZ AVEC B1b.	NON	OUI	0
B1b	Avez-vous eu l'intention de mourir dans cet accident ?	NON	OUI	0
B2	Vous est-il arrivé de vous sentir désespéré ?	NON	OUI	1
B3	Avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
B4	Avez-vous eu envie de vous faire du mal ou de vous blesser ou avez-vous eu en tête des images où vous vous faisiez du mal ?	NON	OUI	2
B5	Avez-vous pensé à vous suicider ? SI NON À B5, PASSEZ À B7, SINON DEMANDEZ :	NON	OUI	6

Fréquence

Intensité

Occasionnellement	☐	Légère	☐
Souvent	☐	Modérée	☐
Très souvent	☐	Sévère	☐

Pouvez-vous dire qu'en ce qui concerne ces impulsions, vous n'allez pas passer à l'acte durant ce programme thérapeutique ?

		NON	OUI	
B6	Vous êtes-vous senti(e) incapable de contrôler ces impulsions ?	NON	OUI	8
B7	Avez-vous planifié un suicide ?	NON	OUI	8
B8	Avez-vous commencé à agir pour vous préparer à vous blesser ou à faire une tentative de suicide dans laquelle vous vous attendiez à mourir ou en aviez l'intention ?	NON	OUI	9
B9	Vous êtes-vous délibérément blessé(e) sans avoir l'intention de vous donner la mort ?	NON	OUI	4
B10	Avez-vous tenté de vous suicider ? SI NON, PASSEZ À B11 :	NON	OUI	9
	Espérez-vous être secouru(e)/survivre	☐		
	Avez-vous cru/eu l'intention de mourir	☐		

Au cours de votre vie :

B11	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	4
-----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UNE DES REPONSES (HORMIS B1) COTEE OUI ?

SI OUI, ADDITIONNEZ LE TOTAL DE POINTS POUR LES RÉPONSES (B1-B11) COCHÉES « OUI » ET PRÉCISEZ LE SCORE DE RISQUE SUICIDAIRE COMME INDIQUÉ DANS LA CASE DIAGNOSTIQUE :

FAITES TOUT COMMENTAIRE SUPPLÉMENTAIRE QUANT À VOTRE ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL ET PROCHAIN DU PATIENT DANS L'ESPACE CI-DESSOUS :

NON OUI

RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL

1-8 points	Faible	☐
9-16 points	Modéré	☐
≥ 17 points	Élevé	☐

C. ÉPISODE (HYPO-)MANIAQUE

➡ : ALLEZ DIRECTEMENT AUX CASES DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

Avez-vous dans votre famille des antécédents de maladie maniaco-dépressive ou de trouble bipolaire ou avez-vous un membre de votre famille qui a eu une instabilité de l'humeur traitée avec un médicament comme le lithium, le divalproate de sodium ou la lamotrigine ?

NON OUI

CETTE QUESTION N'EST PAS UN CRITERE POUR LE TROUBLE BIPOLAIRE MAIS EST POSEE POUR ACCROITRE LA VIGILANCE DU CLINICIEN A PROPOS DU RISQUE DE TROUBLE BIPOLAIRE.

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER QUI : _____

C1 a Avez-vous **déjà** eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes ou que certaines personnes, notamment dans votre entourage, ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? (Ne prenez pas en compte les périodes pendant lesquelles vous étiez sous l'effet de drogues ou d'alcool.)

NON OUI

SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV :

Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être euphorique, excité, extrêmement entreprenant et productif, hyperactif sans avoir besoin de se reposer, par exemple en travaillant sans cesse, ou encore déborder d'idées, ressentir une augmentation de votre motivation et de votre créativité; être très impulsif ou dépenser plus d'argent que d'habitude.

SI NON, COTEZ NON À **C1b** ; SI **OUI**, DEMANDEZ :

b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?

NON OUI

C2 a Avez-vous **déjà** eu une période de plusieurs jours où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? Aviez-vous vous-même remarqué ou les autres avaient-ils remarqué que vous étiez plus irritable ou que vous réagissiez plus vivement que les autres, même dans des situations où vous trouviez cela justifié ?

NON OUI

SI NON, COTEZ NON À **C2b** ; SI **OUI**, DEMANDEZ :

b Vous sentez-vous excessivement irritable en ce moment ?

NON OUI

C1a OU C2a EST-ELLE COTÉE OUI ?

➡
NON OUI

C3 SI **C1b OU C2b = OUI** : EXPLOREZ L'ÉPISODE **ACTUEL** ET L'ÉPISODE **PASSÉ** LE PLUS SYMPTOMATIQUE
SINON
SI **C1b ET C2b = NON** : EXPLOREZ SEULEMENT L'ÉPISODE **PASSÉ** LE PLUS SYMPTOMATIQUE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein(e) d'énergie/irritable :

	<u>Épisode actuel</u>		<u>Épisode passé</u>	
a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	NON	OUI
SI OUI , DEMANDEZ DES EXEMPLES.				
LES EXEMPLES CONCORDENT AVEC UNE IDÉE DELIRANTE :				
	Épisode actuel	☐ Non ☐ Oui		
	Épisode passé	☐ Non ☐ Oui		
b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ?	NON	OUI	NON	OUI
c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	NON	OUI
d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	NON	OUI

	Épisode actuel		Épisode passé	
e Étiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	NON	OUI
f Étiez-vous nettement plus actif(ve) et entreprenant(e), au travail, à l'école, socialement, sexuellement ou vous sentiez-vous incapable de tenir en place ou particulièrement nerveux(se) en permanence ?	NON	OUI	NON	OUI
g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle excessive et irréfléchie) ?	NON	OUI	NON	OUI
RECAPITULATIF C3 : EST-CE QU'AU MOINS 3 RÉPONSES SONT COTÉES OUI EN C3 (OU AU MOINS 4 SI C1a EST COTÉE NON (POUR ÉPISODE PASSÉ) ET C1b EST COTÉE NON (POUR ÉPISODE ACTUEL)) ? RÈGLE : ÉLATION/EXALTATION NÉCESSITE SEULEMENT TROIS SYMPTÔMES C3 TANDIS QUE HUMEUR IRRITABLE SEULE NÉCESSITE 4 SYMPTÔMES C3.	NON	OUI	NON	OUI

VERIFIEZ SI LES SYMPTÔMES SONT SURVENUS DURANT LA MEME PÉRIODE.

C4 Quelle a été la durée maximale pendant laquelle ces symptômes ont persisté ?		
a) 3 jours ou moins	☐	☐
b) 4 à 6 jours	☐	☐
c) 7 jours ou plus	☐	☐

Durée des symptômes	Sans altération fonctionnelle	Avec altération fonctionnelle
1-3 jours	Symptômes hypomaniaques	Symptômes hypomaniaques
4-6 jours	Épisode hypomaniaque	Épisode hypomaniaque
7 jours ou plus	Épisode hypomaniaque	Épisode maniaque

C5 Avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?	NON	OUI	NON	OUI
SI OUI, ARRÊTEZ-VOUS LÀ ET ENTOUREZ OUI DANS LA CASE ÉPISODE MANIAQUE POUR LA PÉRIODE CONCERNÉE.				
C6 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils entraîné des difficultés significatives à la maison, au travail/à l'école, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	NON	OUI	NON	OUI

LE RECAPITULATIF C3 ET LES QUESTIONS C5 ET C6 SONT-ILS COTES OUI ET C4a OU b OU c EST-IL COTE OUI ?

OU

LE RECAPITULATIF C3 ET LES QUESTIONS C4c ET C6 SONT-ILS COTES OUI ET C5 EST-ELLE COTÉE NON ?

PRÉCISEZ SI L'ÉPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE.

NON	OUI
ÉPISODE MANIAQUE	
ACTUEL	☐
PASSE	☐

LE RECAPITULATIF C3 ET LES QUESTIONS C5 ET C6 SONT-ILS COTES NON ET C4b OU C4c EST-ELLE COTEE OUI ?

OU

LE RECAPITULATIF C3 ET LES QUESTIONS C4b ETC6 SONT-ILS COTES OUI ET C5 EST-ELLE COTEE NON ?

PRÉCISEZ SI L'ÉPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE.

NON	OUI
ÉPISODE HYPOMANIAQUE	
ACTUEL	☐
PASSE	☐

LE RECAPITULATIF C3 ET LA QUESTION C4a SONT-ILS COTES OUI ET C5 EST-ELLE COTEE NON ?

PRÉCISEZ SI L'ÉPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE.

NON	OUI
SYMPTÔMES HYPOMANIAQUES	
ACTUELS	☐
PASSES	☐

C7 a) SI ÉPISODE MANIAQUE EST POSITIF POUR SOIT ACTUEL SOIT PASSÉ, DEMANDEZ :

Avez-vous eu au moins 2 épisodes maniaques (C4c) durant votre vie (en comptant l'éventuel épisode actuel) ?

NON OUI

b) SI ÉPISODE HYPOMANIAQUE EST POSITIF POUR SOIT ACTUEL SOIT PASSÉ, DEMANDEZ :

Avez-vous eu au moins 2 ÉPISODES hypomaniaques (C4b) durant votre vie (en comptant l'éventuel épisode actuel) ?

NON OUI

c) SI « SYMPTÔMES HYPOMANIAQUES » PASSÉS EST POSITIF, DEMANDEZ :

Avez-vous eu au moins 2 épisodes de SYMPTÔMES hypomaniaques (C4a) durant votre vie (en comptant l'éventuel épisode actuel) ?

NON OUI

D. TROUBLE PANIQUE

(➡ : ENTOUREZ NON À D5, D6 ET D7 PUIS PASSEZ A E1)

D1	a	Avez-vous, à plus d'une occasion, eu des périodes ou des crises durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e), même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ?	➡ NON	OUI
	b	Ces crises atteignaient-elles leur intensité maximale en moins de 10 minutes ?	➡ NON	OUI
D2		Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	➡ NON	OUI
D3		À la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences éventuelles, ou avez-vous radicalement changé votre comportement du fait de ces crises (par ex. vous ne faites plus vos courses sans être accompagné(e), vous refusez de quitter votre domicile, vous vous rendez très fréquemment aux urgences ou vous allez plus souvent chez le médecin en raison de vos symptômes) ?	NON	OUI
D4		Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :		
	a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ou de façon irrégulière ?	NON	OUI
	b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI
	c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI
	d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI
	e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI
	f	Ressentiez-vous une douleur, une pression ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
	g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI
	h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI
	i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
	j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI
	k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI
	l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
	m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
D5		D3 ET AU MOINS 4 DES QUESTIONS CI-DESSUS (SECTION D4) SONT-ELLES COTEES OUI ? SI OUI À D5, PASSEZ DIRECTEMENT À D7.	NON	OUI TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE
D6		Si D5 = NON, UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS CI-DESSUS (SECTION D4) EST-ELLE COTEE OUI ? SI NON PASSEZ DIRECTEMENT A E1.	NON	OUI SYMPTÔMES ANXIEUX PANIKYSTRIQUES LIMITÉS VIE ENTIERE
D7		Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre, ou vous êtes-vous inquiété(e) des conséquences de ces crises, ou avez-vous changé votre comportement d'une manière ou d'une autre du fait de ces crises ?	NON	OUI TROUBLE PANIQUE ACTUEL

E. AGORAPHOBIE

E1 Êtes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul(e) à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ? NON OUI

SI E1 = NON, ENTOUREZ NON EN E2.

E2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ? NON OUI
AGORAPHOBIE ACTUELLE

E2 (AGORAPHOBIE ACTUELLE)

et

D7 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) SONT-ELLES COTÉES OUI ?

NON OUI

**TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL**

E2 (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE NON

et

D7 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL**

E2 (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE OUI

et

D5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIÈRE) EST-ELLE COTÉE NON ?

NON OUI

**AGORAPHOBIE ACTUELLE
sans antécédents de
Trouble panique**

F. PHOBIE SOCIALE (Trouble anxiété sociale)

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT À LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

F1	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné(e) d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) ou gêné(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?	➡ NON	OUI
----	--	----------	-----

F2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable et est-elle la cause d'une anxiété quasiment permanente chez vous ?	➡ NON	OUI
----	---	----------	-----

F3	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	➡ NON	OUI
----	--	----------	-----

F4	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une certaine souffrance ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI
PHOBIE SOCIALE (Trouble anxiété sociale) ACTUELLE			
SOUS-TYPES		GÉNÉRALISÉE ☐	
Craignez-vous ou évitez-vous 4 situations sociales ou plus ?		NON GÉNÉRALISÉE ☐	
Si OUI	Phobie sociale généralisée (Trouble anxiété sociale)		
Si NON	Phobie sociale non généralisée (Trouble anxiété sociale)		
EXEMPLES DE SITUATIONS SOCIALES TYPIQUES : • DÉMARRER OU SOUTENIR UNE CONVERSATION, • PARTICIPER A DES PETITS GROUPES, • ALLER A UN RENDEZ-VOUS (SI BESOIN FAIRE REFERENCE A UN RENDEZ-VOUS GALANT), • PARLER A DES FIGURES D'AUTORITE, • PARTICIPER A DES SOIREEES, • PARLER EN PUBLIC, • MANGER EN FACE DE QUELQU'UN, • URINER DANS DES TOILETTES PUBLIQUES, ETC.			
NOTE AU COTATEUR : MERCI D'ÉVALUER SI LES PEURS DU PATIENT SONT RESTREINTES À DES SITUATIONS SOCIALES NON GÉNÉRALES (« 1 OU PLUSIEURS SITUATIONS ») OU SI ELLES SE GÉNÉRALISENT A « LA PLUPART » DES SITUATIONS SOCIALES. PAR « LA PLUPART » ON ENTEND 4 SITUATIONS SOCIALES OU PLUS, BIEN QUE LE DSM-IV NE MENTIONNE PAS CELA EXPLICITEMENT.			

G. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT À LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

G1	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent été perturbé(e) par des pensées, des pulsions ou des images déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse malgré vous, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes ou que vous alliez contaminer les autres, ou que vous alliez faire du mal à quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou aviez-vous des idées superstitieuses et l'impression d'être responsable d'un événement fâcheux ou bien encore étiez-vous envahi par des obsessions à caractère sexuel ou à caractère religieux, ou avez-vous ressenti des doutes continuels ou un besoin d'accumuler des choses ou des objets inutilement, ou de mettre les choses dans un certain ordre ?	NON	OUI
		↓ PASSEZ À G4	
(NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PRÉOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLÈMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIÉES À UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, À DES DÉVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE OU À UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RÉSISTER SEULEMENT À CAUSE DE LEURS CONSÉQUENCES NÉGATIVES.)			
G2	Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?	NON	OUI
		↓ PASSEZ À G4	
G3	Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de votre propre pensée et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?	NON	OUI
		<u>obsessions</u>	
G4	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner ou accomplir des rituels religieux ?	NON	OUI
		<u>compulsions</u>	
G3 OU G4 EST-ELLE COTÉE OUI ?		➡ NON	OUI
G5	Avez-vous, à un moment donné, réalisé que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs étaient irrationnels ou hors de proportion ?	➡ NON	OUI
G6	Au cours du mois écoulé, ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous ont-ils (elles) gêné(e) vraiment dans vos activités quotidiennes, à votre travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres, ou vous prenaient-ils (elles) plus d'une heure par jour ?	NON OUI TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF ACTUEL	

H. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT À LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

H1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin de ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes physique ? EXEMPLES DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DÉCOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE, MALADIE COMPROMETTANT LE PRONOSTIC VITAL...	➡ NON	OUI
H2	Avez-vous réagi avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur ?	➡ NON	OUI
H3	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement (par exemple par le biais de rêves, de flashbacks, de manifestations physiques ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?) ou étiez-vous pris(e) d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement ou que vous étiez exposé(e) à un événement similaire ?	➡ NON	OUI
H4	Au cours du mois écoulé :		
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ?	NON	OUI
b	Avez-vous évité les lieux, les gens ou les activités qui pouvaient vous le rappeler ?	NON	OUI
c	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI
d	Aviez-vous perdu l'intérêt pour vos hobbies ou activités sociales ?	NON	OUI
e	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis-à-vis des autres ?	NON	OUI
f	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, à éprouver des sentiments ?	NON	OUI
g	Aviez-vous l'impression que votre vie allait se terminer ou que vous alliez mourir plus tôt prévu ?	NON	OUI
	3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?	➡ NON	OUI
H5	Au cours du mois écoulé :		
a	Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON	OUI
b	Étiez-vous particulièrement irritable ou avez-vous eu des accès de colère ?	NON	OUI
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
d	Étiez-vous nerveux(se) ou constamment sur vos gardes ?	NON	OUI
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI
	2 OU PLUS DE 2 QUESTIONS EN H5 SONT-ELLES COTEES OUI ?	➡ NON	OUI
H6	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils causé une certaine souffrance ou vous ont-ils gêné dans votre travail/à l'école, dans vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?		

NON OUI

**ÉTAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL**

I. DÉPENDANCE ALCOOLIQUE/ABUS D'ALCOOL

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT AUX CASES DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

11	Au cours des 12 derniers mois , vous est-il arrivé à au moins trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus de 3 verres d'alcool ?	➡	NON	OUI
----	---	---	-----	-----

12	Au cours des 12 derniers mois :			
a	Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet que quand vous avez commencé à boire ou la même quantité d'alcool vous faisait-elle moins d'effet ?	NON	OUI	
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	
f	Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	
3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN 12 SONT-ELLES COTEES OUI ?				
* SI OUI, SAUTEZ LES QUESTIONS 13 ET ALLEZ AU MODULE SUIVANT. DANS LE DSM IV-TR, LA DÉPENDANCE PREDOMINE SUR L'ABUS ET EN ANNULE LE DIAGNOSTIC.				

NON OUI*

DÉPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUELLE

13	Au cours des 12 derniers mois :			
a	Avez-vous été plus d'une fois ivre, grisé ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES)	NON	OUI	
b	Vous est-il arrivé d'être plus d'une fois sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?	NON	OUI	
c	Avez-vous eu plus d'une fois des problèmes légaux parce que vous aviez bu, par exemple une interpellation ou une condamnation ?	NON	OUI	
d	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou d'autres personnes ?	NON	OUI	
1 OU PLUSIEURS QUESTIONS EN 13 SONT-ELLES COTEES OUI ?				

NON OUI

ABUS D'ALCOOL ACTUEL

J. DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE / ABUS D'UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT AUX CASES DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

Maintenant je vais vous lire une liste de drogues et de médicaments. (LIRE LA LISTE CI-DESSOUS ET EN CAS DE BESOIN MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES).		
J1	a Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus d'une occasion de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?	➡ NON OUI

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMMÉ :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : LSD, « acide », mescaline, « champignons », ecstasy.

Phencyclidine : PCP (« angel dust ») ou ketamine.

Solvants volatils : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Téresta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : anabolisants, stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous des médicaments contre la toux ou d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMÉE(S) : _____

QUELLE(S) SUBSTANCE(S) A (ONT) OCCASIONNÉ LE PLUS DE PROBLÈMES ? _____

EXPLOREZ D'ABORD LA SUBSTANCE QUI A OCCASIONNÉ LE PLUS DE PROBLÈMES ET QUI REMPLIT LE PLUS PROBABLEMENT LES CRITÈRES

D'ABUS/DÉPENDANCE.

SI LES CRITÈRES D'ABUS/DÉPENDANCE SONT REMPLIS, PASSEZ AU MODULE SUIVANT, SINON EXPLOREZ LA DEUXIÈME SUBSTANCE LA PLUS PROBLÉMATIQUE.

J2	Concernant votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE), au cours des 12 derniers mois :	
a	Avez-vous constaté que vous deviez prendre de plus grandes quantités de (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE) pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON OUI
b	Lorsque vous preniez moins de (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE), ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de prendre quelque chose (drogue ou médicament) pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ? COTER OUI SI OUI À L'UN OU L'AUTRE	NON OUI
c	Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? (AU BESOIN, NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE)	NON OUI
d	Avez-vous essayé, sans y arriver, de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? (AU BESOIN, NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE)	NON OUI
e	Les jours où vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE), passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?	NON OUI
f	Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres à cause de votre consommation ?	NON OUI
g	Avez-vous continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE) tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON OUI

3 OU PLUS DE 3 QUESTIONS EN J2 SONT-ELLES COTEES OUI ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : _____

- SI OUI, SAUTEZ LES QUESTIONS J3 ET ALLEZ AU TROUBLE SUIVANT.
DANS LE DSM IV TR, LA DÉPENDANCE PREDOMINE SUR L'ABUS ET EN ANNULE LE DIAGNOSTIC.

NON

OUI*

**DÉPENDANCE
à une (des) substances(s)
ACTUELLE**

Concernant votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE), au cours des 12 derniers mois :

- J3 a Avez-vous été plus d'une fois intoxiqué(e) par (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail/à l'école ou à la maison ?
Cela a-t-il posé des problèmes ?
(NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES)
- b Vous est-il arrivé d'être plus d'une fois sous l'effet de (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE) dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?
- c Avez-vous plus d'une fois eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE), par exemple une interpellation ou une condamnation ?
- d Avez-vous continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE), tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou d'autres personnes ?

NON OUI

NON OUI

NON OUI

NON OUI

1 OU PLUSIEURS QUESTIONS EN J3 SONT-ELLES COTEES OUI ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : _____

NON

OUI

**ABUS DE SUBSTANCE(S)
ACTUEL**

K. TROUBLES PSYCHOTIQUES ET TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE. NE COTER **OUI** QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSÉE ET/OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉS. AVANT DE COTER, ÉVALUER LE CARACTÈRE « BIZARRE » DES RÉPONSES.

IDÉES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ÊTRE BASÉ SUR DES EXPÉRIENCES HABITUELLES DE LA VIE. HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSÉES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES. L'OBJECTIF DE CE MODULE EST D'EXCLURE LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHOTIQUES. CE MODULE NECESSITE DE L'EXPÉRIENCE.

À présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.			BIZARRE
K1	a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? NOTE : DEMANDEZ DES EXEMPLES POUR ÉLIMINER UN HARCELEMENT RÉEL.	NON OUI OUI
	b	SI OUI OU OUI BIZARRE : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON OUI OUI ➡ K6
K2	a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON OUI OUI
	b	SI OUI OU OUI BIZARRE : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON OUI OUI ➡ K6
K3	a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé(e) ? CLINICIEN : DEMANDEZ DES EXEMPLES ET IGNOREZ CEUX QUI NE SONT PAS DE NATURE PSYCHOTIQUE.	NON OUI OUI
	b	SI OUI OU OUI BIZARRE : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON OUI OUI ➡ K6
K4	a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON OUI OUI
	b	SI OUI OU OUI BIZARRE : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON OUI OUI ➡ K6
K5	a	Vos proches ont-ils déjà jugé certaines de vos idées comme étranges ou hors de la réalité ? COTATEUR : DEMANDEZ DES EXEMPLES. NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRÉSENTE CLAIREMENT DES IDÉES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITÉ, DE JALOUSIE, DE RUINE, DE GRANDEUR, DE DÉCHÉANCE OU D'AUTRES NON EXPLORÉES PAR LES QUESTIONS K3 À K4.	NON OUI OUI
	b	SI OUI OU OUI BIZARRE : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON OUI OUI
K6	a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? SI OUI A HALLUCINATIONS VERBALES : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON OUI OUI
	b	SI OUI OU OUI BIZARRE A K6a : Avez-vous entendu ces voix/autres choses au cours du mois écoulé ? SI OUI A HALLUCINATIONS VERBALES : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON OUI OUI ➡ K8b

K7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? NON OUI
CLINICIEN : COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.

b si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI

OBSERVATION DU CLINICIEN :

K8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHÉRENT OU DESORGANISÉ, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ? NON OUI

K9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISÉ OU CATATONIQUE ? NON OUI

K10 b DES SYMPTÔMES NÉGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHÉNIQUES (AFFECT ABRASÉ, PAUVRETE DU DISCOURS/ALOGIE, MANQUE D'ÉNERGIE OU D'INTÉRÊT POUR DÉBUTER OU MENER À BIEN DES ACTIVITÉS/AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ? NON OUI

K11 a Y A-T-IL 1 OU PLUSIEURS QUESTIONS « a », DE K1a À K7a, COTÉE(S) OUI OU OUI BIZARRE ET LE PATIENT EST-IL COTÉ OUI À :

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL, RECURRENT OU PASSE)
OU
ÉPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

NON OUI
➡ K13

SI LA RÉPONSE À K11a EST NÉGATIVE, ENTOUREZ NON DANS LES CASES DIAGNOSTIQUES « TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES » ET PASSEZ À K13.

b Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e)/exalté(e)/particulièrement irritable.

Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (SYMPTÔMES COTÉS OUI DE K1a À K7a) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e)/exalté(e)/irritable ?

SI LE PATIENT A DÉJÀ EU UNE PÉRIODE D'AU MOINS 2 SEMAINES AVEC CES CROYANCES OU EXPÉRIENCES PSYCHOTIQUES ALORS QU'IL N'ÉTAIT PAS DÉPRIMÉ/EXCITÉ/IRRITABLE, COTEZ NON POUR CE TROUBLE.

SI LA RÉPONSE EST NON POUR CE TROUBLE, ENTOUREZ AUSSI NON À K12 ET ALLEZ À K13

NON OUI

**TROUBLE DE L'HUMEUR
AVEC
CARACTÉRISTIQUES
PSYCHOTIQUES
VIE ENTIÈRE**

K12 a Y A-T-IL 1 OU PLUSIEURS QUESTIONS « b », DE K1b À K7b, COTÉE(S) OUI OU OUI BIZARRE ET LE PATIENT EST-IL COTÉ OUI À :

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL)
OU
ÉPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIAQUE (ACTUEL)

SI LA RÉPONSE EST OUI POUR CE TROUBLE (VIE ENTIÈRE OU ACTUEL), ENTOUREZ NON À K13 ET K14 ET ALLEZ AU MODULE SUIVANT.

NON OUI

**TROUBLE DE L'HUMEUR
AVEC
CARACTÉRISTIQUES
PSYCHOTIQUES
ACTUEL**

K13 Y A-T-IL 1 OU PLUSIEURS QUESTIONS « b », DE K1b À K6b, COTÉE(S) OUI BIZARRE ?

OU

Y A-T-IL 2 OU PLUSIEURS QUESTIONS « b », DE K1b À K10b, COTÉES OUI (PLUTÔT QUE OUI BIZARRE) ?

ET Y A-T-IL AU MOINS 2 SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES QUI ONT ÉTÉ PRÉSENTS PENDANT LA MÊME PÉRIODE D'UN MOIS ?

NON

OUI

**SYNDROME PSYCHOTIQUE
ACTUEL**

K14 K13 EST-ELLE COTÉE OUI

OU

Y A-T-IL 1 OU PLUSIEURS QUESTIONS « a », DE K1a À K6a, COTÉE(S) OUI BIZARRE ?

OU

Y A-T-IL 2 OU PLUSIEURS QUESTIONS « a », DE K1a À K7a, COTÉES OUI (PLUTÔT QUE OUI BIZARRE) ?

ET Y A-T-IL AU MOINS 2 SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES QUI ONT ÉTÉ PRÉSENTS PENDANT LA MÊME PÉRIODE D'UN MOIS ?

NON

OUI

**SYNDROME PSYCHOTIQUE
VIE ENTIÈRE**

L. ANOREXIE MENTALE

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT À LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

L1	a	Combien mesurez-vous ?	☐ ft. ☐ in.
			☐ cm.
	b	Au cours des 3 derniers mois, quel a été votre poids le plus faible ?	☐ lbs.
			☐ kg.
	c	LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDICÉ POUR SA TAILLE ? (VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE)	➡ NON OUI

Au cours des trois derniers mois :

L2	Avez-vous essayé de ne pas prendre de poids malgré le fait que vous pesiez peu ?	➡ NON OUI	
L3	Avez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) bien que votre poids soit inférieur à la moyenne ?	➡ NON OUI	
L4	a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON OUI
	b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON OUI
	c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON OUI
L5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN L4 ?	➡ NON OUI	
L6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?	➡ NON OUI	

POUR LES FEMMES : L5 ET L6 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

POUR LES HOMMES : L5 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI

**ANOREXIE MENTALE
ACTUELLE**

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE CORRESPONDANT A UN IMC de 17,5 Kg/m²

Taille (cm)/Poids (kg)		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
ft/in		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
lbs.		81	84	87	89	92	96	99	102	105	108	112	115	118	122
cm		145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kg		37	38	39	41	42	43	45	46	48	49	51	52	54	55

Taille (cm)/Poids (kg)		5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
ft/in		5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
lbs.		125	129	132	136	140
cm		180	183	185	188	191
kg		57	59	60	62	64

Ci-dessus, le seuil de poids selon la taille du patient est défini par un indice de masse corporelle (IMC) égal ou inférieur à 17,5 kg/m². C'est le seuil recommandé au-dessous duquel une personne est considérée comme sous-pondérée selon les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 pour la recherche dans l'anorexie mentale.

M. BOULIMIE

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT AUX CASES DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

M1	Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est-à-dire en moins de 2 heures ?	➡ NON OUI
M2	Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?	➡ NON OUI

M3	Durant ces crises de boulimie, aviez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous preniez ?	➡ NON OUI
M4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, faire de l'exercice, des lavements, prendre des laxatifs, des diurétiques, des coupe-faim ou autres ?	➡ NON OUI
M5	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	➡ NON OUI
M6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?	NON OUI ↓ Allez à M8
M7	Ces crises de boulimie surviennent-elles toujours lorsque votre poids est en dessous de _____ kg ? COTATEUR : INSCRIVEZ CI-DESSUS LE POIDS SEUIL DU PATIENT (DETERMINE PAR LA TAILLE) EN VOUS REFERANT AU TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE – SEUIL DE POIDS FIGURANT DANS LE MODULE DE L'ANOREXIE MENTALE.	NON OUI

M8 M5 EST-ELLE COTÉE OUI ET M6 OU M7 EST-ELLE COTÉE NON ?

NON	OUI
BOULIMIE ACTUELLE	

M7 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON	OUI
ANOREXIE MENTALE <i>Boulimie/Type avec vomissements ou prise de purgatifs</i> ACTUELLE	

N. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT À LA CASE DIAGNOSTIQUE, ENTOUREZ NON ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT)

N1	a	Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours ? SI LE PATIENT NE VOIT PAS BIEN CE QUE VOUS VOULEZ DIRE, APPROFONDISSEZ EN DEMANDANT : Est-ce que les autres pensent que vous vous inquiétez toujours pour des « broutilles » ou que vous êtes une « boule d'anxiété » ? ET OBTENEZ DES EXEMPLES.	➡ NON	OUI
	b	Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ? EST-CE QUE L'ANXIÉTÉ ET LES INQUIÉTUDES DU PATIENT SONT UNIQUEMENT RESTREINTES A, OU MIEUX EXPLIQUÉES PAR, UN DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT ?	➡ NON NON	OUI ➡ OUI
N2		Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ?	➡ NON	OUI
N3		DE N3a à N3f, COTER NON LES SYMPTÔMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT. Au cours des six derniers mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent :		
	a	De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI
	b	D'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI
	c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI
	d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI
	e	D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI
	f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI
		Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN N3 ?	➡ NON	OUI
N4		Cette anxiété et ces inquiétudes entraînent-elles chez vous une souffrance importante ou vous perturbent-elles au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ACTUELLE

O. ÉLIMINEZ DES CAUSES MÉDICALES, ORGANIQUES OU TOXIQUES POUR TOUS LES TROUBLES

SI LE PATIENT EST COTÉ OUI POUR AU MOINS UN TROUBLE POUR LA PÉRIODE ACTUELLE, DEMANDEZ :

Juste avant que ces symptômes n'aient débuté :

- O1a Prenez-vous un médicament ou des remèdes quels qu'ils soient ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Incertain
- O1b Aviez-vous une maladie physique quelle qu'elle soit ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Incertain
- SELON L'AVIS DU CLINICIEN : L'UN DES DEUX (MÉDICAMENT OU MALADIE) EST-IL PROBABLEMENT LA CAUSE DIRECTE DU TROUBLE DU PATIENT ? SI NÉCESSAIRE, POSEZ DES QUESTIONS OUVERTES SUPPLÉMENTAIRES.
- O2 **FINALEMENT** : UNE CAUSE ORGANIQUE A-T-ELLE ÉTÉ ÉCARTÉE ? ☐ Non ☐ Oui ☐ Incertain

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

(➡ : ALLEZ DIRECTEMENT À LA CASE DIAGNOSTIQUE ET ENTOUREZ NON)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI |
| | Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ? | NON | OUI |

P2 Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

NE PAS COTER OUI LES REPONSES CI-DESSOUS SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUE OU RELIGIEUX.

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou éviter de travailler pour subvenir à vos besoins ? | NON | OUI |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris), comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ? | NON | OUI |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ? | NON | OUI |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou par plaisir, ou menti juste pour vous amuser ? | NON | OUI |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ? | NON | OUI |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ? | NON | OUI |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITÉ ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

RÉFÉRENCES

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, 1998;59(suppl 20):22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Comité scientifique pour le M.I.N.I. 6.0.0 :

A.Carlo Altamura, Milan, Italie
Cyril Hoschl, Prague, République tchèque
George Papadimitriou, Athènes, Grèce
Hans Ågren, Göteborg, Suède
Hans-Jürgen Möller, Munich, Allemagne
Hans-Ulrich Wittchen, Dresde, Allemagne
István Bitter, Budapest, Hongrie
Jean-Pierre Lépine, Paris, France
Jules Angst, Zurich, Suisse
Julio Bobes, Oviedo, Espagne
Luciano Conti, Pise, Italie
Marelli Colon-Soto MD, Porto Rico, États-Unis
Michael Van Ameringen MD, Toronto, Canada
Rosario Hidalgo MD, Tampa, États-Unis
Siegfried Kasper, Vienne, Autriche
Thomas Schlaepfer, Bonn, Allemagne

Traductions

M.I.N.I. 4.4 et versions antérieures

Afrikaans	R. Emsley, W. Maartens
Allemand	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Anglais	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan.
Arabe	
Bengali	
Braille (anglais)	
Brésilien	P. Amorim
Bulgare	L.G. Hranov
Chinois	
Coréen	
Danois	P. Bech
Espagnol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier
Estonien	
Farsi/Perse	
Finois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Français	Y. Lecrubier, E. Weiller, I. Bonora, P. Amorim, J.P. Lépine
Grec	S. Beratis
Gujarati	
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0

et M.I.N.I. Screen 5.0:

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan.
O. Osman, E. Al-Radi
H. Banerjee, A. Banerjee

P. Amorim

L. Carroll, Y-J. Lee, Y-S. Chen, C-C. Chen, C-Y. Liu, C-K. Wu, H-S. Tang, K-D. Juang, Yan-Ping Zheng, K.S. Oh and Korean Academy of Anxiety Disorders
P. Bech, T. Schütze
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze, C. Santana, R. Hidalgo.
J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
K. Khooshabi, A. Zomorodi
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis, GN Papadimitriou, T. Matsoukas
CR Soldatos
M. Patel, B. Patel, Organon
R. Barda, I. Levinson, A. Aviv
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir, Organon
I. Bitter, J. Balazs

Italien	I. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller.	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Islandais		J.G. Stefansson
Japonais		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima.
Kannada		Organon
Letton	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Lituanien		A. Bacevicius
Luganda		WW. Muhweziosal, H. Agren
Malayalam		Organon
Marathi		Organon
Néerlandais		
/Flammand	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Ourdou		S. Gambhir
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystritsky, E. Sellvra, M. Bystritsky, L. Shumyak, M. Klisinska.
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène		M. Kocmur, M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, H. Agren M. Waern, A. Brimse, M. Humble.
Tamoul		Organon
Télougou		Organon
Tchèque		P. Svlosky
Thaïlandais		P. Kittirattanapaiboon, S. Mahatnirunkul, P. Udomrat, P. Silpakit., M. Khamwongpin, S. Srikosai.
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner, A. Engeler
Yiddish		J. Goldman, Chana Pollack, Myrna Mniewski

Le développement et la validation du M.I.N.I. ont été rendus possibles grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. Les auteurs sont reconnaissants envers le Dr. Pauline Powers pour ses conseils pour les modules « Anorexie Mentale » et « Boulimie ».

TROUBLES DE L'HUMEUR : ALGORITHME DIAGNOSTIQUE

Consultez les modules :
 A [Épisode dépressif majeur]
 C [Épisode (hypo-)maniaque]
 K [Troubles psychotiques]

MODULE K :

1	K11b EST-ELLE COTÉE OUI ?	NON	OUI
---	---------------------------	-----	-----

MODULES A et C :

		Actuel	Passé
2	a ENTOUREZ OUI SI UNE IDÉE DÉLIRANTE EST IDENTIFIÉE EN A3e	OUI	OUI
	b ENTOUREZ OUI SI UNE IDÉE DÉLIRANTE EST IDENTIFIÉE EN C3a	OUI	OUI

- c Épisode dépressif majeur est-il coté OUI (actuel ou passé) ?
et
 Épisode maniaque est-il coté NON (actuel et passé) ?
et
 Épisode hypomaniaque est-il coté NON (actuel et passé) ?
et
 « Symptômes hypomaniaques » est-il coté NON (actuel et passé) ?

Précisez :

- Si l'épisode dépressif est **actuel, passé** ou les deux
- Avec caractéristiques psychotiques : si **1 = OUI** ou **2a = OUI** pour la période de temps appropriée

TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

	actuel	passé
TDM	☐	☐

Avec caractéristiques psychotiques

Actuel	☐
Passé	☐

- d Épisode maniaque est-il coté OUI (actuel ou passé) ?

Précisez :

- Si le trouble bipolaire I est **actuel, passé** ou les deux
- Avec Épisode maniaque isolé : si Épisode maniaque (actuel ou passé) = **OUI** et EDM (actuel et passé) = **NON**
- Avec caractéristiques psychotiques : si **1** ou **2a** ou **2b** = **OUI** pour la période de temps appropriée
- Si l'épisode thymique le plus récent est maniaque, dépressif, mixte, hypomaniaque ou non spécifié (réponses s'excluant mutuellement)
- Non spécifié : si épisode maniaque passé est coté **OUI** ET le récapitulatif C3 ET C4a ET C6 ET O2 sont cotés **OUI** pour épisode actuel

TROUBLE BIPOLAIRE I

	actuel	passé
Trouble bipolaire I	☐	☐
Épisode maniaque isolé	☐	☐

Avec caractéristiques psychotiques

Actuel	☐
Passé	☐

Épisode le plus récent

Maniaque	☐
Dépressif	☐
Mixte	☐
Hypomaniaque	☐
Non spécifié	☐

- e Épisode dépressif majeur est-il coté OUI (actuel ou passé) ?
et
 Épisode hypomaniaque est-il coté OUI (actuel ou passé) ?
et
 Épisode maniaque est-il coté NON (actuel et passé) ?

Précisez :

- Si le trouble bipolaire II est **actuel**, **passé** ou les deux
- Si l'épisode thymique le plus récent est **hypomaniaque** ou **dépressif** (réponses s'excluant mutuellement)

TROUBLE BIPOLAIRE II		
	actuel	passé
Trouble bipolaire II	☐	☐
Épisode le plus récent		
Hypomaniaque	☐	☐
Dépressif	☐	☐

- f EDM est-il coté NON (actuel et passé)
et
 Épisode maniaque est-il coté NON (actuel et passé) ?
et est-ce que soit :
- 1) C7b est cotée OUI pour la période de temps appropriée ?
 soit
- 2) Le récapitulatif C3 est coté OUI pour la période de temps appropriée ?
et
 C4a est cotée OUI pour la période de temps appropriée ?
et
 C7c est cotée OUI pour la période de temps appropriée ?

Précisez si Trouble bipolaire NS est **actuel** ou **passé** ou les deux

TROUBLE BIPOLAIRE NON SPÉCIFIÉ		
	actuel	passé
Trouble bipolaire NS	☐	☐

M.I.N.I. PLUS

Les modules ombrés sont des modules supplémentaires disponibles dans le M.I.N.I. Plus en plus de ce qui est disponible dans le M.I.N.I. standard. Les modules non ombrés ci-dessous sont dans le M.I.N.I. standard.

Ces modules du M.I.N.I. Plus peuvent remplacer ou être insérés dans les modules du M.I.N.I. standard, selon les besoins spécifiques de chaque étude.

MODULES	PÉRIODES EXPLORÉES
A ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR	Actuel (2 dernières semaines) Passé Récurent
TROUBLE DE L'HUMEUR DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel Passé
TROUBLE DE L'HUMEUR INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel Passé
EDM AVEC CARACTÉRISTIQUES MÉLANCOLIQUES	Actuel (2 dernières semaines)
EDM AVEC CARACTÉRISTIQUES ATYPIQUES	Actuel (2 dernières semaines)
EDM AVEC CARACTÉRISTIQUES CATATONIQUES	Actuel (2 dernières semaines)
B DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières semaines) Passée
C RISQUE SUICIDAIRE	Actuel (le mois dernier) Risque : ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère
D ÉPISODE MANIAQUE	Actuel Passé
ÉPISODE HYPOMANIAQUE	Actuel Passé
TROUBLE BIPOLAIRE I	Actuel Passé
TROUBLE BIPOLAIRE II	Actuel Passé
TROUBLE BIPOLAIRE NS	Actuel Passé
ÉPISODE MANIAQUE DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel Passé
ÉPISODE HYPOMANIAQUE DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel Passé
ÉPISODE MANIAQUE INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel Passé
ÉPISODE HYPOMANIAQUE INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel Passé
E TROUBLE PANIQUE	Actuel (le mois dernier) Vie entière
TROUBLE ANXIÉUX AVEC ATTAQUES DE PANIQUE DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel
TROUBLE ANXIÉUX AVEC ATTAQUES DE PANIQUE INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel
F AGORAPHOBIE	Actuelle
G PHOBIE SOCIALE (Trouble anxiété sociale)	Actuelle (le mois dernier)
H PHOBIE SPÉCIFIQUE	Actuelle
I TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuel (le mois dernier)
TOC DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel
TOC INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel
J ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuel (le mois dernier)
K DÉPENDANCE ALCOOLIQUE	12 derniers mois
DÉPENDANCE ALCOOLIQUE	Vie entière
ABUS D'ALCOOL	12 derniers mois
ABUS D'ALCOOL	Vie entière
L DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE (non alcoolique)	12 derniers mois
DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE (non alcoolique)	Vie entière
ABUS D'UNE SUBSTANCE (non alcoolique)	12 derniers mois
M TROUBLES PSYCHOTIQUES	Vie entière Actuels
TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES	Actuel

	SCHIZOPHRÉNIE	Actuelle Vie entière
	TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF	Actuel Vie entière
	TROUBLE SCHIZOPHRÉNIFORME	Actuel Vie entière
	TROUBLE PSYCHOTIQUE BREF	Actuel Vie entière
	TROUBLE DÉLIRANT	Actuel Vie entière
	TROUBLE PSYCHOTIQUE DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel Vie entière
	TROUBLE PSYCHOTIQUE INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel Vie entière
	TROUBLE PSYCHOTIQUE NON SPÉCIFIÉ	Actuel Vie entière
	TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES	Vie entière
	TROUBLE DE L'HUMEUR NON SPÉCIFIÉ	Vie entière
	TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES	Actuel Passé
	TROUBLE BIPOLAIRE I AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES	Actuel Passé
N	ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)
O	BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)
	BOULIMIE TYPE AVEC VOMISSEMENTS OU PRISE DE PURGATIFS	Actuelle
	BOULIMIE TYPE SANS VOMISSEMENTS NI PRISE DE PURGATIFS	Actuelle
	ANOREXIE MENTALE, TYPE AVEC VOMISSEMENTS OU PURGATIFS	Actuelle
	ANOREXIE MENTALE, TYPE RESTRICTIF	Actuelle
P	ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	Actuelle (6 derniers mois)
	TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE	Actuel
	TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE INDUIT PAR UNE SUBSTANCE	Actuel
Q	TROUBLE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE	Vie entière
R	TROUBLE SOMATISATION	Vie entière Actuel Actuelle
S	HYPOCHONDRIE	Actuelle
T	TROUBLE: PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE	Actuel
U	TROUBLE DOULOUREUX	Actuel
V	TROUBLE DES CONDUITES	12 derniers mois
W	TROUBLE HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (enfants/adolescents)	6 derniers mois
	TROUBLE HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (adultes)	Vie entière Actuel
X	TROUBLES DE L'ADAPTATION	Actuels
Y	TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL	Actuel
Z	TROUBLE MIXTE ANXIÉTÉ-DÉPRESSION	Actuel

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CIM 10

Organisation mondiale de la santé

Extraits de
Classification internationale des maladies
Dixième révision

Chapitre V (F)
Troubles mentaux et troubles du comportement

Critères diagnostiques pour la recherche

OMS – Genève
Masson
Paris 1994

F30.0 Hypomanie

- A. Élévation ou irritabilité de l'humeur, à un degré nettement anormal pour le sujet, et persistant au moins quatre jours consécutifs.
- B. Présence d'au moins trois des symptômes suivants, interférant avec le fonctionnement personnel dans la vie quotidienne :
 - (1) augmentation de l'activité ou agitation physique ;
 - (2) augmentation du désir de parler ;
 - (3) difficultés de concentration ou distractibilité ;
 - (4) réduction du besoin de sommeil ;
 - (5) augmentation de l'énergie sexuelle ;
 - (6) achats un peu inconsidérés, ou autres types de conduites insouciantes ou irresponsables ;
 - (7) augmentation de la sociabilité ou familiarité excessive.
- C. Le trouble ne répond pas aux critères de la manie (F30.1 et F30.2), du trouble affectif bipolaire (F31.-), d'un épisode dépressif (F32.-), de la cyclothymie (F34.0) ou d'une anorexie mentale (F50.0).
- D. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* L'épisode n'est pas imputable à une utilisation de substances psycho-actives (F10-F19) ou à un trouble mental organique selon la définition donnée en F00-F09.

F30.1 Manie sans symptômes psychotiques

- A. Humeur manifestement exaltée, expansive ou irritable, nettement anormale pour le sujet. La modification de l'humeur doit être marquée et persister au moins une semaine (à moins qu'elle soit suffisamment sévère pour nécessiter une hospitalisation).
- B. Présence d'au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est simplement irritable), entravant sévèrement le fonctionnement personnel dans la vie quotidienne :
 - (1) augmentation de l'activité ou agitation physique ;
 - (2) plus grande communicabilité que d'habitude («désir de parler constamment») ;
 - (3) fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent ;
 - (4) perte des inhibitions sociales normales conduisant à des comportements inadaptés aux circonstances ;
 - (5) réduction du besoin de sommeil ;

- (6) augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur;
 - (7) distractibilité ou modifications permanentes des activités ou des projets;
 - (8) comportement imprudent ou insouciant dont les risques ne sont pas reconnus par le sujet, par exemple achats inconsidérés, initiatives déraisonnables, imprudences au volant;
 - (9) énergie sexuelle marquée ou conduites sexuelles imprudentes.
- C. Absence d'hallucinations ou d'idées délirantes, bien que des troubles des perceptions puissent survenir (par exemple hyperacousie subjective, impression que les couleurs sont particulièrement vives).
- D. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F09.

F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

- A. L'épisode répond aux critères de la manie sans symptômes psychotiques (F30.1), sauf en ce qui concerne le critère C.
- B. L'épisode ne répond pas simultanément aux critères de la schizophrénie (F20.0-F20.3) ou du trouble schizo-affectif, type maniaque (F25.0).
- C. Présence d'idées délirantes ou d'hallucinations, autres que celles décrites comme typiquement schizophréniques dans le critère G1(1)b, c et d de F20.0-F20.3 (c'est-à-dire des idées délirantes qui ne sont pas tout à fait invraisemblables ou culturellement inadéquates, et des hallucinations ne consistant pas en des voix parlant à la troisième personne ou faisant des commentaires au fur et à mesure). Exemples courants : idées ou hallucinations dont le contenu implique des thèmes de grandeur, de référence, d'érotisme ou de persécution.
- D. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F09.

F31**Trouble affectif bipolaire**

N.B. : Les épisodes sont délimités soit par un virage à un épisode mixte ou de polarité opposée, soit par une rémission.

F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

- A. L'épisode actuel répond aux critères d'une hypomanie (F30.0).
- B. Présence, dans le passé, d'au moins un autre épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-), d'un épisode dépressif (F32.-), ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

- A. L'épisode actuel répond aux critères d'une manie sans symptômes psychotiques (F30.1).
- B. Présence, dans le passé, d'au moins un autre épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-), d'un épisode dépressif (F32.-), ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

- A. L'épisode actuel répond aux critères d'une manie avec symptômes psychotiques (F30.2).
- B. Présence, dans le passé, d'au moins un autre épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-), d'un épisode dépressif (F32.-), ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier le caractère congruent ou non congruent à l'humeur des symptômes psychotiques :

F31.20 avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

F31.21 avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

- A. L'épisode actuel répond aux critères d'un épisode dépressif léger (F32.0) ou moyen (F32.1).

- B. Présence, dans le passé, d'au moins un autre épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-), ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier la présence d'un « syndrome somatique » (selon la définition donnée sous F32), au cours de l'épisode dépressif actuel :

F31.30 sans syndrome somatique

F31.31 avec syndrome somatique

F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

- A. L'épisode actuel répond aux critères d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2).
- B. Présence, dans le passé, d'au moins un épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-) ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

- A. L'épisode actuel répond aux critères d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3).
- B. Présence, dans le passé, d'au moins un épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-) ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

On peut utiliser le cinquième caractère du code pour spécifier le caractère congruent ou non congruent à l'humeur des symptômes psychotiques :

F31.50 avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

F31.51 avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte

- A. L'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée, soit par une alternance rapide (en l'espace de quelques heures), de symptômes hypomaniaques, maniaques et dépressifs.
- B. Des symptômes maniaques et dépressifs doivent être conjointement au premier plan, la plupart du temps, pendant une période d'au moins deux semaines.
- C. Présence, dans le passé, d'au moins un épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.-), ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

- G1. L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.
- G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30.-) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- G3. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F09.

Syndrome somatique

On considère habituellement que certains symptômes dépressifs — appelés ici « somatiques » — ont une signification clinique particulière (dans d'autres classifications, des termes comme ceux de « biologiques », « vitaux », « mélancoliques » ou « endogénomorphes » ont été utilisés pour désigner ce syndrome).

Dans les catégories F31.3, F32.0, et F32.1, F33.0 et F33.1, le cinquième caractère du code peut être utilisé pour spécifier la présence ou l'absence d'un syndrome somatique. Le diagnostic de syndrome somatique repose sur la présence d'au moins *quatre* des symptômes suivants :

- (1) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- (2) manque de réactivité émotionnelle à des événements ou activités déclenchant normalement une réaction ;
- (3) réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil) ;
- (4) dépression plus marquée le matin ;
- (5) éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée (remarqués ou signalés par d'autres personnes) ;
- (6) perte marquée d'appétit ;
- (7) perte de poids (au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois) ;
- (8) diminution marquée de la libido.

F34.0 Cyclothymie

- A. Présence d'une période d'au moins deux années d'instabilité de l'humeur, comportant plusieurs périodes de dépression et d'hypomanie, avec ou sans périodes intermédiaires d'humeur normale.
- B. Aucune des manifestations de dépression ou d'hypomanie survenant au cours d'une telle période de deux années ne doit être suffisamment sévère ou prolongée pour répondre aux critères d'un épisode maniaque ou d'un épisode dépressif (moyen ou sévère); cependant, un épisode maniaque ou un épisode dépressif a pu survenir auparavant, ou peut apparaître après une telle période d'instabilité persistante de l'humeur.
- C. Au cours d'au moins certaines périodes de dépression, au moins trois des symptômes suivants doivent être présents :
 - (1) réduction de l'énergie ou de l'activité;
 - (2) insomnie;
 - (3) perte de la confiance en soi ou sentiment d'insuffisance;
 - (4) difficultés de concentration;
 - (5) retrait social;
 - (6) perte d'intérêt ou de plaisir pour la sexualité ou d'autres activités agréables;
 - (7) parle moins que d'habitude;
 - (8) pessimisme envers l'avenir ou ruminations sur le passé.
- D. Au cours d'au moins certaines périodes d'élévation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants doivent être présents :
 - (1) augmentation de l'énergie ou de l'activité;
 - (2) réduction du besoin de sommeil;
 - (3) augmentation de l'estime de soi;
 - (4) vivacité de la pensée ou pensée exceptionnellement créative;
 - (5) augmentation de la sociabilité;
 - (6) plus loquace ou plus spirituel que d'habitude;
 - (7) augmentation de l'intérêt et de l'implication dans les activités sexuelles ou d'autres activités agréables;
 - (8) optimisme excessif ou exagération des réussites antérieures.

N.B. : On peut spécifier, si besoin, le début précoce (à la fin de la deuxième ou au cours de la troisième décennie) ou tardif (habituellement entre 30 et 50 ans, à la suite d'un épisode affectif) du trouble.

F38.0 Autres troubles de l'humeur (affectifs) isolés

F38.00 Épisode affectif mixte

- A. L'épisode est caractérisé par la présence de symptômes hypomaniaques, maniaques ou dépressifs, intriqués ou alternant rapidement (à intervalles de quelques heures).
- B. Présence de symptômes maniaques et dépressifs, conjointement au premier plan de la symptomatologie, la plupart du temps, pendant une période d'au moins deux semaines.
- C. Absence de tout épisode hypomaniaque, dépressif ou mixte dans les antécédents.

Critères provisoires pour certains troubles (extraits)

Trouble bipolaire II

(concerne les troubles affectifs bipolaires, catégories F31.0, F31.3-F31.5, et F31.7.).

- A. Survenue d'au moins un épisode dépressif (F32.-).
- B. Survenue d'au moins un épisode d'hypomanie (F30.0).
- C. Absence de tout épisode de manie (F30.1-F30.2).

Trouble bipolaire à cycles rapides

(concerne les troubles affectifs bipolaires, catégories F31.0-F31.7).

- A. Répond aux critères d'un trouble affectif bipolaire, catégories F31.0-F31.7.
- B. Survenue d'au moins quatre épisodes de trouble affectif bipolaire au cours d'une période de 12 mois.

N.B. : Les épisodes sont délimités par le virage à un épisode de polarité opposée ou mixte, ou par une rémission.