

# Classification des troubles bipolaires : de la CIM-9 à la CIM-11 et du DSM-III au DSM-5

Marc-Antoine Crocq

## Caractéristiques générales du DSM et de la CIM

Ce chapitre décrit comment la bipolarité a été définie, et distinguée de ses voisins taxonomiques, la schizophrénie et la dépression, dans les éditions successives du DSM et de la CIM (*Classification internationale des maladies*). Le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est la nomenclature de l'Association américaine de psychiatrie. Le DSM s'est imposé comme une référence centrale dans la psychiatrie mondiale à partir de sa 3<sup>e</sup> édition, le DSM-III, alors que les deux éditions précédentes étaient restées dans l'ombre. Le DSM est plus qu'une classification car il comporte des critères diagnostiques et il permet de construire des algorithmes de diagnostic différentiel [1] ; il est la référence diagnostique la plus utilisée en recherche.

La CIM (*Classification internationale des maladies*) est élaborée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé). Elle a une section pour les troubles mentaux, comportementaux ou neuro-développementaux, mais elle couvre aussi tous les autres domaines de la médecine, à la différence du DSM. Dans de nombreux pays, la CIM est le seul support officiel du codage administratif des maladies. La classification précédente, la CIM-10, comportait un livre « bleu » de descriptions cliniques et de directives pour le diagnostic (CDDG [*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*]) [2] et un livre « vert » de critères diagnostiques pour la recherche (*Diagnostic Criteria for Research*) [3]. La CIM-11 a été officiellement approuvée lors de la 72<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé de l'OMS en mai 2019, au terme d'un long processus. L'OMS

a élaboré des CDDG pour la CIM-11, mais elles n'ont pas encore été publiées au moment où nous écrivons. À partir de 2022, la CIM-11 devrait être utilisée dans le monde entier. Les descriptions des caractéristiques essentielles des troubles dans la CIM-11 ne sont pas présentées comme des équivalents de critères diagnostiques stricts. Contrairement au DSM, le décompte des symptômes ou les seuils de durée sont généralement évités, ce qui est conçu pour refléter la pratique clinique et l'exercice du jugement clinique.

On note une convergence croissante entre le DSM et la CIM au fil des éditions successives. Le DSM-III et la CIM-9 étaient contemporains mais diamétralement opposés conceptuellement. Des correspondances ont commencé à être établies entre le DSM-IV et la CIM-10 [4]. Le DSM-5 et la CIM-11 sont largement compatibles et ne diffèrent que par des détails. L'évolution de la conception des troubles bipolaires dans les éditions successives du DSM et de la CIM est résumée dans le [tableau 2.1](#).

## DSM-II et CIM-9 – Psychose maniaque-dépressive kraepelinienne vs névrose freudienne

Les classifications des troubles de l'humeur étaient presque identiques dans le DSM-II (1968) et dans la CIM-9. Dans cette dernière, la PMD (*psychose maniaque-dépressive*) – descendante directe de la folie maniaque-dépressive de Kraepelin – composait l'essentiel de la section des psychoses

**Tableau 2.1. Principales étapes de la description des troubles bipolaires dans les éditions successives de la CIM et du DSM.**

Année	Édition	Principales caractéristiques
1952	DSM-I	Dans les tb. psychotiques : Réactions maniaco-dépressives (Types maniaque, dépressif, ou autre [mixte, circulaire]). Dans les tb. psychonévrotiques : Réactions dépressives. Le DSM-I faisait appel au concept de réaction, développé par Adolf Meyer.
1968	DSM-II	Distinguaient d'une part dans les psychoses la <i>maladie maniaco-dépressive</i> , de types circulaire (bipolaire), maniaque (unipolaire), ou dépressif (unipolaire), et d'autre part dans les névroses, la <i>dépression névrotique</i> . La PMD de type dépressif était caractérisée par des épisodes dépressifs avec ralentissement, voire stupeur, et par une tendance à la récurrence.
1978	CIM-9	
1980	DSM-III	Introduction du <i>tb. bipolaire</i> , défini par la survenue d'un ou plusieurs épisodes maniaques. La PMD dépressive unipolaire est incluse dans la <i>dépression majeure</i> . Le <i>tb. cyclothymique</i> ( $\geq 2$ ans, périodes dépressives ou maniaques en deçà des critères d'un épisode dépressif ou maniaque majeur) est dans les autres tb. affectifs spécifiques, de même que le <i>tb. dysthymique (Névrose dépressive)</i> .
1987	DSM-III-R	La catégorie troubles affectifs est rebaptisée troubles de l'humeur ( <i>Mood Disorders</i> ). La cyclothymie est déplacée des autres troubles affectifs vers les troubles bipolaires. Disparition de la durée $\geq 1$ semaine dans le critère B. <i>Les 7 items du critère B sont ordonnés différemment avec quelques modifications mineures dans leur formulation, et vont rester inchangés pour toutes les éditions suivantes du DSM.</i>
1992	CIM-10	Une correspondance ( <i>crosswalk</i> ) devient possible entre la CIM-10 et le DSM-IV
1994 2000	DSM-IV DSM-IV-TR	Distinction entre <i>tb. bipolaire I</i> et <i>tb. bipolaire II</i> caractérisée par la survenue de $\geq 1$ épisode dépressif et $\geq 1$ épisode hypomaniaque. Dans le critère A, ajout d'une durée $\geq 1$ semaine. <i>Épisode mixte</i> : Critères complets d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif au sein d'une période d'une semaine.
2013	DSM-5	Critère A : humeur élevée, expansive ou irritable <i>ET augmentation de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie...</i> $\geq 1$ semaine. Les « Caractéristiques mixtes » deviennent une spécification pour les épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs.
2019/2022	CIM-11	Distinction entre <i>tb. bipolaire I</i> et <i>tb. bipolaire II</i> . Contrairement au DSM-5, la CIM-11 définit des épisodes mixtes

Tb. : trouble.

affectives, qui faisaient elles-mêmes partie du groupe des psychoses. Cette section excluait les diagnostics de dépression névrotique, et d'excitation ou de dépression réactionnelles. La PMD pouvait être diagnostiquée comme étant a) de *type maniaque*, ou b) de *type dépressif*, ou encore c) de *type circulaire*, définie par la survenue de périodes dépressives et maniaques et subdivisée en formes actuellement maniaque, actuellement dépressive, et mixte. La CIM-9 n'intégrait pas formellement la distinction unipolaire-bipolaire, mais semblait présenter deux formes « unipolaires » (PMD de type manie unipolaire ou de type dépressif unipolaire) et une forme « bipolaire » (la PMD de type

circulaire). Notons qu'il n'y aura plus de trouble maniaque « unipolaire » dans le DSM-III, où la survenue d'un épisode maniaque suffira pour le diagnostic d'un trouble bipolaire.

La CIM-9 définissait les psychoses affectives comme des troubles mentaux généralement récurrents, caractérisés par une grave perturbation de l'humeur, avec une forte tendance au suicide, et un ou plusieurs des éléments suivants correspondant à l'humeur dominante du patient : délire, perplexité, perturbation de l'attitude vis-à-vis de soi-même, trouble des perceptions et éventuellement des hallucinations. Selon les conceptions de l'époque la PMD, kraepelinienne, était « endo-

gène», par opposition aux troubles de l'humeur « exogènes », névrotiques ou réactionnels.

## DSM-III et DSM-III-R – Trouble bipolaire vs dépression majeure

### Le trouble bipolaire est plus restreint que la PMD de Kraepelin

Avec Emil Kraepelin, qui a défini la maladie maniaco-dépressive, Robert L. Spitzer, le coordinateur du DSM-III, est une figure majeure de la nosologie psychiatrique moderne. Le DSM-III [5] a introduit au sein des « troubles affectifs majeurs » une dichotomie entre le *trouble bipolaire* et la *dépression majeure*. Il s'agit d'une réorganisation nosologique dont les conséquences sont encore sensibles aujourd'hui. Les origines conceptuelles et la genèse de la création du trouble bipolaire dans le DSM-III, fort complexes, sont présentées dans le [tableau 2.2](#).

Spitzer a introduit avec le DSM-III une réorganisation majeure de la classification des troubles thymiques, qui avait déjà été préfigurée dans les RDC (*Research Diagnostic Criteria*) en 1975 [6]. Les RDC divisaient les troubles affectifs en trois catégories : a) « maladie maniaque (bipolaire) », b) « maladie dépressive majeure », et c) « maladie

dépressive mineure ». Dans le DSM-III, l'épisode maniaque est le critère diagnostique cardinal de la bipolarité et il n'y a plus de manie unipolaire. Le DSM-III accorde moins d'importance que Kraepelin au critère d'évolution récurrente avec des intervalles libres. Ainsi, la PMD unipolaire de type dépressif, comportant une récurrence mais pas de manie, est regroupée avec des dépressions d'autres types au sein de la « Dépression majeure ». Cette entité était opposée dans les RDC à une « dépression mineure ». Cette dernière n'a pas été retenue dans le DSM-III, où la dépression majeure a eu comme contreponds la « Dysthymie (dépression névrotique) ». Ce diagnostic était né d'un compromis de la onzième heure entre Spitzer et des psychanalystes de l'APA pour éviter qu'ils ne bloquent l'adoption du DSM-III. Cet arrangement s'est avéré bancal parce que la dysthymie avait historiquement un autre sens et que la dépression névrotique a progressivement disparu dans les éditions suivantes. La dépression majeure peut être de sévérité mineure ou moyenne. L'imprécision du terme « majeur(e) » a incité les traducteurs du DSM à rechercher des formulations moins ambiguës. Les traductions allemandes du DSM ont utilisé un moment le terme « dépression typique », avant de se résoudre à garder le terme anglais original en tant que concept intraduisible. Les traductions néerlandaises ont d'abord choisi « *depressie in engere zin* » (dépression au sens très strict), avant de se

Tableau 2.2. Genèse du trouble bipolaire dans le DSM-III.

	Psychoses affectives			Troubles névrotiques	
CIM-9 (1978)	PMD de type circulaire (actuellement maniaque, ou dépressive, etc.)	PMD de type maniaque	PMD de type dépressif (forte tendance à la récurrence)	Dépression névrotique	
RDC (1975) <i>Affective Illness</i>	<i>Manic illness (Bipolar)</i>		<i>Major depressive illness</i>		<i>Minor depressive illness</i>
DSM-III (1980)	Trouble bipolaire (actuellement mixte, ou maniaque, ou déprimé)		Dépression majeure (épisode unique, ou récurrente)		Trouble dysthymique (dépression névrotique)

PMD : psychose maniaco-dépressive; RDC : *Research Diagnostic Criteria*.

Pour les RDC, les termes ont été volontairement laissés dans la langue originale.

Certaines correspondances entre les catégories diagnostiques des différents systèmes sont approximatives.

Source : Spitzer et al. *Preliminary report of the reliability of Research Diagnostic Criteria (RDC) applied to psychiatric case records*. In: Sudilovsky A, Gershon S, Beer B (Eds). *Predictability in psychopharmacology. Preclinical and clinical considerations*. New York: Raven; 1975.

rabattre sur dépression, tout simplement, sans le terme majeur. Dans le DSM-5, la traduction française est devenue « dépression caractérisée » plutôt que majeure. Le DSM-5 en langue chinoise utilise l'expression « de *qualité* majeure » (重性 zhòng xìng) pour traduire dépression majeure, et dit littéralement de « *quantité* majeure » (重度 zhòng dù) quand il s'agit de coter comme grave l'intensité des symptômes.

Le trouble bipolaire a des critères diagnostiques clairs car les symptômes maniaques sont assez spécifiques. En revanche, la dépression majeure s'est avérée hétérogène, avec un seuil diagnostique assez bas permettant d'accueillir des tableaux cliniques très variés. Cette hétérogénéité pose des problèmes pour la recherche, par exemple avec des taux élevés de réponse au placebo dans les études médicamenteuses. Certaines dépressions unipolaires, fortement récurrentes, classées antérieurement dans la maladie maniaco-dépressive de Kraepelin, ont vraisemblablement plus de liens avec le continuum des troubles bipolaires qu'avec la masse hétérogène des dépressions.

## Description de la manie et de la bipolarité dans le DSM-III

Les critères diagnostiques de la manie dans le DSM-III sont résumés dans l'encadré 2.1. Le critère A de l'épisode maniaque privilégie un seul symptôme cardinal, la perturbation de l'humeur, qui est exaltée, gaie, expansive ou irritable. Cela contraste avec Kraepelin qui définissait trois dimensions fondamentales : 1) les perturbations de l'humeur, 2) les perturbations de la volonté, qui pouvaient s'exprimer dans la psychomotricité et 3) les perturbations de la pensée, s'exprimant dans l'enchaînement des idées.

Parallèlement, le DSM-III définit les critères d'un épisode dépressif majeur. Le critère A prévoit 2 symptômes cardinaux : une humeur dysphorique (c'est-à-dire dépressive, basse, irritable, etc.) ou une anhédonie généralisée. Le critère B exige la présence d'au moins 4 symptômes parmi 8 pendant une période d'au moins 2 semaines. Un 5<sup>e</sup> chiffre dans le code diagnostique peut préciser la présence de caractéristiques psychotiques, congruentes ou non à l'humeur, dans la manie ou la dépression. Un 5<sup>e</sup> chiffre peut coder les caractéristiques mélancoliques dans l'épisode

### Résumé des critères diagnostiques de la manie dans le DSM-III

- ▶ Une ou plusieurs périodes distinctes avec une humeur exaltée, gaie, expansive ou irritable.
- ▶  $\geq 3$  symptômes ( $\geq 4$  si humeur seulement irritable),  $\geq 1$  semaine :
  - augmentation de l'activité ou agitation physique;
  - plus grande communicabilité ou désir de parler constamment;
  - fuite des idées, impression que les idées défilent;
  - augmentation de l'estime de soi (idées de grandeur);
  - réduction du besoin de sommeil;
  - distractibilité;
  - implication excessive dans des activités à conséquences dommageables (achats, conduites sexuelles, investissements).
- ▶ Pas d'idées délirantes, d'hallucinations non congruentes, ni de comportement bizarre marqués avant l'installation ou après la guérison du syndrome affectif.

dépressif; une note précise que le terme mélancolique remplace le terme endogène. L'épisode dépressif majeur avec *mélancolie* dans le DSM-III est proche de la dépression endogénomorphe de Donald Klein [7], caractérisée par un ralentissement et répondant plus facilement aux traitements médicamenteux. Lors de la préparation du DSM-5, certains auteurs proposeront de ressusciter le diagnostic de mélancolie [8].

Le DSM-III ne code pas les épisodes maniaques ou dépressifs en eux-mêmes, mais au sein des troubles bipolaires ou dépressifs majeurs. Le trouble bipolaire est défini par la survenue d'au moins un épisode maniaque. Le trouble bipolaire peut être a) maniaque, b) dépressif, ou c) mixte s'il y a le tableau complet à la fois des épisodes maniaques et dépressifs majeurs, intriqués ou alternant à intervalles de quelques jours. La dépression majeure peut se manifester sous la forme d'un épisode unique ou d'épisodes récurrents.

Le DSM-III a introduit la catégorie des troubles cyclothymiques, en ressuscitant le terme créé par Karl Ludwig Kahlbaum [9], pour décrire l'alternance dans les deux années écoulées de nombreuses périodes avec des symptômes dépressifs

ou maniaques qui ne sont pas assez sévères ou prolongées pour remplir les critères d'un épisode dépressif majeur ou maniaque. Pour Kahlbaum, la cyclothymie avait un sens différent : ce mot désignait une forme de « folie circulaire » qui n'évoluait pas vers une détérioration progressive vésanique, et dont les symptômes se manifestaient seulement au niveau des émotions sans altérer tous les aspects de la vie mentale comme l'intelligence et la volonté.

## DSM-III-R

Le DSM-III-R (1987) n'apporta pas de modifications majeures. La catégorie troubles affectifs fut rebaptisée troubles de l'humeur (*mood disorders*). La cyclothymie fut déplacée des autres troubles affectifs vers les troubles bipolaires. Les 7 items du critère B furent ordonnés différemment avec quelques modifications mineures dans leur formulation; ils resteront inchangés pour toutes les éditions suivantes du DSM.

## CIM-10, DSM-IV et DSM-IV-TR – dans la continuité du DSM-III

### DSM-IV – Troubles bipolaires I et II

Une subdivision apparut dans le DSM-IV (1994) entre le trouble bipolaire I (BP-I), comportant un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes, habituellement (mais pas obligatoirement) accompagnés par des épisodes dépressifs, et le trouble bipolaire II (BP-II) caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs, accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque, en l'absence d'antécédents d'épisodes maniaques. Les épisodes hypomaniaques sont définis par les mêmes symptômes que les épisodes maniaques et ne diffèrent que par des seuils arbitraires de durée ( $\geq 4$  jours au lieu de  $\geq 7$  jours) et de sévérité. Le fonctionnement du patient durant l'hypomanie doit être clairement modifié par rapport à son état antérieur, sans être assez altéré pour entraîner une hospitalisation. La proposition de distinguer les troubles BP-I des BP-II avait été formulée par Dunner en 1976 [10] qui avait montré que des patients ayant

des antécédents caractérisés par une dépression récurrente entrecoupée de périodes d'hypomanie (BP-II) avaient des évolutions cliniques différentes de celles des patients bipolaires I (dépression avec antécédents de manie) ou unipolaires, et que les antécédents de tentative de suicide et de suicide après la sortie de l'unité de recherche étaient les plus fréquents chez les patients bipolaires II. Certains auteurs affirment que les critères d'hypomanie du DSM-IV sont trop stricts, ce qui aboutit à une absence de diagnostic chez certains patients bipolaires [11]. La manie « unipolaire » est restée incluse dans le trouble bipolaire I dans le DSM-IV. Elle représenterait 5 à 10 % des troubles bipolaires, mais il n'a pas été établi qu'elle différait du trouble BP-I, si ce n'est par l'absence d'épisodes évidents de dépression [12].

## CIM-10

La CIM-10 (1992) a mis en œuvre les innovations que le DSM-III avait introduites plus d'une décennie avant, en éliminant la division traditionnelle entre névrose et psychose qui était évidente dans la CIM-9, et en officialisant la distinction bipolaire-unipolaire. Des termes tels que « dépression névrotique » et « dépression endogène » furent abandonnés. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 proposent pour la manie un critère A où le seul symptôme cardinal, comme dans le DSM-IV, est l'humeur manifestement exaltée, expansive ou irritable, nettement anormale pour le sujet, persistant au moins une semaine. Le critère B exige, toujours comme dans le DSM-IV, trois symptômes, ou quatre si l'humeur est simplement irritable. La seule différence est qu'il y a neuf symptômes dans la CIM-10 au lieu des sept symptômes du DSM-IV. Les symptômes supplémentaires sont a) la perte des inhibitions sociales normales conduisant à des comportements inadaptes aux circonstances, et b) l'énergie sexuelle marquée ou les conduites sexuelles imprudentes.

## Correspondances entre la CIM-10 et le DSM-IV

Avec la CIM-10 et la DSM-IV, un certain degré de compatibilité est instauré entre ces deux systèmes. On prête à H. Sass, H. U. Wittchen et M. Zaudig, les traducteurs de l'édition allemande du DSM-IV, les

commentaire que la CIM-10 et le DSM-IV sont des dialectes d'une même langue. Des dialectes peuvent cependant être plus ou moins mutuellement intelligibles. En guise de dictionnaires bilingues, des livres paraissent qui permettent d'établir des passages (*crosswalks*) entre la CIM-10 et le DSM-IV [4, 13]. Certains codes de la CIM-10 ou du DSM-IV n'ont pas de correspondance directe dans l'autre système, comme le montrent les exemples suivants :

1. le trouble bipolaire II du DSM-IV/DSM-IV-TR (296.89) serait simplement codé dans les autres troubles affectifs bipolaires (F31.8) dans la CIM-10;
2. un épisode hypomaniaque peut être codé dans la CIM-10 (F30.0). Dans le DSM-IV(-TR), il faudrait coder le trouble bipolaire II (296.89) avec la spécification que l'épisode actuel ou plus récent est hypomaniaque;
3. pour ce qui est des spécifications, les caractéristiques psychotiques, congruentes ou non, peuvent être codées dans les deux systèmes. Le DSM-IV(-TR) a des spécifications qui n'ont pas de correspondances dans la CIM-10 (caractéristiques catatoniques, mélancoliques, atypiques, début dans le post-partum, avec ou sans guérison entre les épisodes, avec caractère saisonnier, avec cycles rapides).

## **DSM-5 et CIM-11 – en attendant les fruits du RDoC**

Au niveau de la structure des classifications, le DSM-5 a une section «Troubles bipolaires et apparentés» (qui comprend le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II et la cyclothymie) tandis que la CIM-11 a une grande section «Troubles de l'humeur» qui inclut deux sous-sections pour les «Troubles bipolaires et apparentés» et les «Troubles dépressifs». La CIM-11 subdivise le trouble affectif bipolaire de la CIM-10 en troubles bipolaires de type I et de type II.

### **Humeur et activité/énergie, deux symptômes cardinaux dans la CIM-11 et le DSM-5**

Les définitions des syndromes et épisodes maniaques et hypomaniaques dans le DSM-5 [14, 15] et la CIM-11 sont presque identiques en ce

qui concerne les critères, la durée, l'hospitalisation, la présence ou l'absence de caractéristiques psychotiques et l'altération du fonctionnement social et professionnel [16]. La principale modification par rapport aux éditions précédentes est que le diagnostic des troubles bipolaires de l'humeur, tant dans la CIM-11 que dans le DSM-5, requiert désormais comme caractéristiques cardinales non seulement la présence d'une humeur exaltée, euphorique, expansive ou irritable, mais aussi, dans tous les cas, une activité et une énergie accrues. Les critères diagnostiques de l'état maniaque dans le DSM-5 sont listés dans l'encadré 2.2. On remarque que l'augmentation de l'activité figure à la fois dans le critère A et dans le critère B6. Le DSM-5 accepte les changements maniaques ou hypomaniaques induits par les antidépresseurs comme faisant partie de l'affec-tion dans certaines circonstances.

Selon les descriptions cliniques récentes mises en ligne par l'OMS, un épisode maniaque selon la CIM-11 est un état d'humeur extrême qui dure au moins une semaine, à moins qu'il ne soit écourté par une intervention thérapeutique, et qui se caractérise par une euphorie, une irritabilité ou une expansivité, ainsi que par une activité ou une expérience subjective d'énergie accrues, accompagnée d'autres symptômes caractéristiques tels qu'un discours rapide ou sous pression, une fuite des idées, une augmentation de l'estime de soi ou de la grandiosité, une diminution du besoin de sommeil, une distractibilité, un comportement impulsif ou imprudent, et des changements rapides entre différents états d'humeur (c'est-à-dire une labilité de l'humeur).

La modification du critère A vise à améliorer la spécificité du diagnostic d'hypomanie/manie, et par conséquent du trouble bipolaire, en évitant des faux positifs qui pourraient être mieux caractérisés comme des fluctuations normales de l'humeur. Des travaux ont confirmé que l'humeur et l'activation sont des dimensions distinctes dans les troubles bipolaires [17]. Selon Fredskild *et al.* [18], l'impact de l'application du critère A du DSM-5, plus strict, est substantiel avec une réduction d'un tiers du nombre de patients diagnostiqués comme ayant un épisode hypomaniaque/maniaque. Toutefois, les épisodes diagnostiqués sont probablement plus sévères. Kessing *et al.* [19] soutiennent que le DSM-5 risque de ne pas saisir les troubles bipolaires moins sévères, en particulier au cours du début de

### Critères diagnostiques de l'état maniaque dans le DSM-5

- ▶ Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, durant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- ▶ Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
  - augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
  - réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
  - plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
  - fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
  - distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée ;
  - augmentation de l'activité orientée vers un

- but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c'est-à-dire activité sans objectif, non orientée vers un but) ;
- engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- ▶ La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- ▶ L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à un abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale.

NB : Un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, psychothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduit, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire I.

la maladie. Cela pourrait entraîner un retard du diagnostic. Des patients pourraient ne pas remplir les critères du trouble bipolaire jusqu'à des stades ultérieurs de la maladie, ce qui entraînerait une intervention thérapeutique moins précoce.

La définition des TB-I et TB-II ne présente pas de différences significatives entre le DSM-5 et la CIM-11. Dans le DSM-5, les épisodes hypomaniaques restent définis par les mêmes symptômes que les épisodes maniaques et ne diffèrent toujours que par des seuils arbitraires de durée ( $\geq 4$  jours au lieu de  $\geq 7$  jours) et de sévérité. Le fonctionnement du patient durant l'hypomanie doit être clairement modifié par rapport à son état antérieur, sans être assez altéré pour entraîner une hospitalisation. Ce dernier critère n'est pas toujours un témoin fidèle de la gravité de la maladie [20]. Dans la CIM-11, les épisodes hypomaniaques sont aussi conceptualisés comme une forme atténuée d'épisodes maniaques en l'absence de déficience fonctionnelle significative.

### Différences majeures entre la définition des *épisodes mixtes* dans la CIM-11 et la spécification de *caractéristiques mixtes* pour les épisodes dépressifs ou (hypo) maniaques dans le DSM-5

Le DSM-5 ne comprend que trois types d'épisodes thymiques : dépressif majeur, maniaque et hypomaniaque. Plutôt que d'inclure un épisode mixte, il propose une spécification « caractéristiques mixtes » qui peut être appliquée aux trois types d'épisodes [21]. Cette spécification s'applique à la fois aux troubles bipolaires et apparentés et aux troubles dépressifs. Lorsqu'il est appliqué à un épisode maniaque ou hypomaniaque, ce spécificateur indique qu'au moins trois symptômes caractéristiques de la dépression ont été présents pendant une majorité de jours de l'épisode; inversement, lorsqu'il est appliqué à un épisode dépressif majeur,

il indique qu'au moins trois symptômes caractéristiques de la manie (par exemple, une humeur élevée ou expansive, une estime de soi accrue, une participation accrue à des activités à risque) ont été présents pendant la majorité des jours de l'épisode dépressif. Les symptômes communs à la manie et à la dépression – c'est-à-dire irritabilité, agitation psychomotrice et distractibilité – sont exclus des symptômes qui sont pris en compte.

La CIM-11 fournit des lignes directrices pour quatre types d'épisodes thymiques : dépressif, maniaque, hypomaniaque et mixte. Les épisodes mixtes sont présentés dans la CIM-11 d'une manière qui est conceptuellement équivalente à la CIM-10. *L'épisode mixte* est défini comme une période d'au moins deux semaines caractérisée par la présence de plusieurs symptômes maniaques proéminents et de plusieurs symptômes dépressifs proéminents qui surviennent simultanément ou alternent très rapidement (d'un jour à l'autre ou dans la même journée). Il est précisé que, lorsque les symptômes maniaques prédominent, les symptômes contre-polaires courants sont une humeur dysphorique, des convictions de dévalorisation, de désespoir et des idées suicidaires. Lorsque les symptômes dépressifs prédominent, les symptômes contre-polaires courants sont l'irritabilité, les pensées qui grouillent, l'augmentation du débit de paroles et de l'activité.

La caractérisation par le DSM-5 de la dépression majeure avec caractéristiques mixtes a été critiquée [22, 23] car elle n'inclut pas plusieurs éléments considérés comme caractéristiques de la dépression mixte dans la littérature classique et récente : en dehors de l'irritabilité et de l'agitation qui ne comptent pas pour la spécification mixte dans le DSM-5, il peut s'agir de l'hypersensibilité à la lumière ou au bruit, de l'absence de ralentissement psychomoteur, ou de l'expression dramatique de la souffrance. Le DSM-5, comme le DSM-IV, envisage la dépression mixte comme la simple addition de symptômes dépressifs et maniaques, sans comprendre que les symptômes peuvent être différents de l'hypomanie et refléter l'expression d'une pensée hyperactive dans un esprit déprimé. En outre, le DSM-5 ne tient pas compte des épisodes mixtes « instables », dans lesquels les symptômes dépressifs et maniaques alternent rapidement au lieu de se produire simultanément.

## Question des confins de la bipolarité

Dans le DSM-5, l'introduction du chapitre « Troubles bipolaires et apparentés » précise que ceux-ci sont placés entre les chapitres « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » et « Troubles dépressifs » du fait de leurs liens avec ces deux classes diagnostiques en termes de symptomatologie, d'antécédents familiaux et de vulnérabilité génétique. Nous avons déjà, à propos du DSM-III, évoqué la distinction entre la bipolarité et la dépression majeure. Pour ce qui est des liens avec la schizophrénie, le DSM-III proposait la catégorie des TSA (troubles schizo-affectifs), sans critères diagnostiques et avec la mention que des recherches futures devraient déterminer si cette catégorie était nécessaire et, dans l'affirmative, comment elle devrait être définie et quelle était sa relation avec la schizophrénie et les troubles affectifs. Cette catégorie s'est maintenue avec des critères volontairement restrictifs dans le DSM-IV et le DSM-5. Malgré ces critères stricts, le diagnostic de TSA est resté fréquent, entre autres raisons parce que ce terme est plus facilement accepté par des patients et leur famille que celui de schizophrénie. La CIM-11 propose une catégorie trouble schizo-affectif (6A21.xx) ; le 5<sup>e</sup> caractère du code précise s'il s'agit d'un TSA de type premier épisode (6A21.0), épisodes multiples (.1) ou continu (.2) ; le 6<sup>e</sup> caractère précise si le TSA est actuellement symptomatique (.x0), en rémission partielle (.x1) ou en rémission complète (.x2).

Pour résoudre les questions posées par la délimitation des frontières des catégories diagnostiques, le développement du DSM-5 avait débuté avec le projet ambitieux d'une évaluation dimensionnelle susceptible de s'appliquer à tout le continuum des troubles psychotiques. Comme cette classification dimensionnelle aurait alourdi le travail des cliniciens, la version finale du DSM-5 n'a conservé, dans la section III du livre, qu'une échelle pour « l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien ». Cette échelle prévoit une cotation de 0 à 4 dans huit domaines : hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement psychomoteur anormal, symptômes négatifs, déficit cognitif, dépression, manie.