

**PLACE DE LA PREMIERE LIGNE DANS LE DIAGNOSTIC
ET LA PRISE EN CHARGE DE L'EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

Bachra MILADI (*), Amira TAJMOUT (), Nadia BEN
MANSOUR (*), Said HAJEM (*), Raja LABBANE (**)**

** : Institut National de Santé Publique*

*** : Service de Psychiatrie C, Hôpital Razi*

INTRODUCTION

L'épisode dépressif majeur (EDM) est un trouble mental très fréquent. Il représente une source importante d'incapacité et de souffrance pour le sujet qui en est atteint et fait porter une charge lourde aux familles des malades.

Compte tenu du lourd tribut médical, économique et social qu'il fait payer à la communauté nationale, l'EDM est en passe de devenir un vrai enjeu et une priorité en matière de santé publique. C'est désormais un problème majeur dont l'approche globale s'appuie sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée car tout retard diagnostique engendre des retards thérapeutiques préjudiciables.

Convaincus que le diagnostic précoce commence au niveau de la première ligne qui joue un rôle crucial dans le repérage des malades à risque, nous avons jugé pertinent de consacrer ce travail à l'investigation des procédures diagnostiques et des modalités de prise en charge de l'EDM à ce niveau. En effet, plusieurs études ont démontré que les omnipraticiens sont les personnels de santé les plus souvent consultés par les patients souffrant d'un trouble dépressif majeur [1,2].

Notre démarche est aussi motivée par la fréquence grandissante de cette maladie. En effet, dans son rapport de 2008, l'OMS a estimé que le trouble dépressif unipolaire a affecté plus de 150 millions de personnes à travers le monde [3].

L'épisode dépressif majeur se caractérise donc par sa fréquence élevée mais également par sa gravité ainsi que par le fait qu'il est associé à des niveaux de morbidité et de mortalité importants. En effet, selon l'OMS, la dépression sera, en 2020, la première cause de morbidité dans les pays développés, devançant ainsi les maladies cardiovasculaires ischémiques [4,5].

Il a été, par ailleurs, prouvé que le trouble dépressif majeur augmente le risque de mortalité prématurée [6]. Selon plusieurs auteurs, ce risque élevé serait attribuable essentiellement au suicide et aux complications dues à l'abus de substances [7,8].

Toutes ces raisons réunies hissent l'EDM au rang de priorité essentielle et prouvent incontestablement la nécessité de le détecter précocement afin de le prendre en charge le plus tôt possible. Le présent travail s'inscrit parfaitement dans cette démarche et tentera d'apporter des recommandations et des éléments de clarification pour faciliter sa mise en œuvre au niveau de la première ligne.

Définitions

Afin de rendre comparables des données internationales, l'OMS a proposé une classification du trouble dépressif dans la dixième version de la classification internationale des maladies (CIM 10). En effet, un épisode dépressif majeur se caractérise par un trouble de l'humeur associé à plusieurs symptômes s'étalant sur une période de deux semaines ou plus [9].

Selon la classification DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{ème} édition), l'épisode dépressif majeur consiste en un ensemble de critères symptomatiques et évolutifs et des critères d'exclusion [10]. L'annexe 1 a pour objectif d'apporter des précisions complémentaires sur la définition de l'EDM selon DSM IV.

Plusieurs auteurs ont comparé ces deux systèmes de classification et ont montré que les définitions étaient très proches, mais certains sujets pourraient être diagnostiqués dans une classification mais pas dans l'autre [11]. Ceci démontre la difficulté de définir la dépression qui est un phénomène continu sans limite précise entre les seuils normalité-pathologie.

Epidémiologie et facteurs associés

En Tunisie, selon une étude menée en 2013 auprès des consultants de première ligne dans le Gouvernorat de Sousse, la prévalence sur la vie de l'épisode dépressif majeur était de 26,4 % [12].

D'autres études encore se sont intéressées à l'investigation de la prévalence sur la vie de l'épisode dépressif majeur (EDM). Ces études ont été entreprises dans les structures de soins de première ligne et ont eu recours à différents instruments de mesure de la dépression. Les taux de prévalence rapportés par ces études sont extrêmement variables allant de 5 à 25 % [13, 14,15].

Dans l'étude réalisée à Sousse, la dépression était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes avec des prévalences respectivement de 30,8% et 15,9% [12].

Cette prédominance féminine a été rapporté par plusieurs autres auteurs avec un sexe ratio allant de 1,5 à 2 [16, 17, 18]. Il ressort également de ces études que le statut de célibataire est un facteur de risque associé à la survenue d'épisodes dépressifs majeurs [12].

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que si la dépression peut survenir à tout moment de la vie, sa prévalence semble plus élevée chez les jeunes adultes [19, 20, 21].

Le rôle du niveau d'instruction et de l'activité professionnelle a été également mis en évidence par de nombreux auteurs. En effet, la prévalence de l'EDM était plus élevée chez les sujets à faible revenu ou sans emploi ainsi que chez les patients qui avaient un bas niveau d'instruction [22,23, 24, 25].

En revanche, aucune association entre la prévalence de l'EDM et le niveau d'instruction n'a été mise en évidence dans l'étude tunisienne [12], ni dans l'étude européenne ESEMeD [26]. L'association entre milieu de vie (rural ou urbain) et la prévalence de l'EDM a été décrite par certains auteurs [12] et infirmée par d'autres [27].

Définition et justification du choix de la première ligne

Selon Santé Canada, la première ligne est le premier point de contact avec le système de soins de santé [28]. Son rôle est de fournir directement des services de santé de premier niveau [28, 29] et si des soins plus spécialisés sont nécessaires, la première ligne joue un rôle

Formation médicale continue

de coordinateur entre les services de soins de santé fournis aux patients [28]. Le personnel de santé que l'on trouve en première ligne forme un groupe multidisciplinaire composé le plus souvent de médecins généralistes, d'infirmiers, de psychologues

Dans son rapport de 2003, l'OMS distingue les quatre principes les plus significatifs de la première ligne : (1) l'accès universel aux soins et la couverture sur la base des besoins; (2) l'équité et la justice sociale; (3) la participation des communautés dans la définition et la mise en œuvre des programmes de santé et (4) l'intersectorialité de la santé.

La majorité des sujets souffrant de dépression qui vont chercher de l'aide, le font en première ligne [30]. Cette préférence pour la première ligne peut être expliquée par différents facteurs [31] :

- La première ligne est plus accessible que les soins spécialisés ;
- La santé de la personne souffrant de dépression serait considérée dans sa globalité ;
- Il serait plus facile d'obtenir un suivi à long terme.

Les travaux de Barbara Starfield et ses collègues, ont démontré qu'un système basé sur une première ligne forte (soins primaires), est plus efficace avec notamment une baisse des dépenses qu'un système basé sur les soins spécialisés (soins tertiaires) [32].

L'OMS dans son rapport de 2011 et les publications subséquentes [33, 34, 35] souligne l'importance de développer le traitement de la dépression en première ligne. Les services de première ligne sont, en effet, plus accessibles et plus avantageux d'un point de vue économique [34, 36]. Les soins primaires sont, en outre, permanents, continus, intégrés et globaux

Comment diagnostiquer et traiter la dépression ?

Le médecin de première ligne est confronté à plusieurs modes de présentation de la dépression. En effet, un patient présentant une humeur dépressive associée à d'autres symptômes, ou chez qui l'on soupçonne une dépression devant des signes physiques inexplicables, le diagnostic de dépression secondaire à une affection organique et de dépression dite iatrogène (lorsqu'elle apparaît au cours d'un traitement pharmacologique), doit être éliminé par une anamnèse et un examen physique complet [37].

Formation médicale continue

Quant au traitement de la dépression, il peut être divisé en deux phases : la phase aiguë et la phase d'entretien.

Lors de la phase aiguë, le but du traitement est de ramener à l'état normal le niveau de fonctionnement psychologique, social, professionnel et relationnel avec élimination de tous les symptômes puisque la persistance de symptômes résiduels de la dépression (rémission partielle) augmente le risque de rechute [38]. Pendant la phase d'entretien, les différentes modalités de traitement peuvent être poursuivies afin de prévenir le retour des symptômes dépressifs.

En première ligne, les deux principales conduites thérapeutiques sont les traitements pharmacologiques et les approches psychothérapeutiques.

Les antidépresseurs de premier recours comprennent essentiellement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN). Actuellement, ce sont les antidépresseurs les plus prescrits car mieux tolérés et plus faciles à manier. Ils ont détrôné depuis plus d'une vingtaine d'années les antidépresseurs de première génération représentés par les tricycliques (imipramine, clomipramine, amitriptyline...).

Les ISRS présentent moins d'effets secondaires sur les plans antihistaminique, anti-cholinergique et anti-alpha-adrénergique. Quant aux IRSN, leur action double au niveau de la sérotonine et de la noradrénaline entraîne une amélioration de l'énergie et de la motivation.

Le traitement doit être instauré dès la survenue des premiers symptômes tout en respectant scrupuleusement les doses recommandées. Il doit s'accompagner d'une éducation du patient qui doit faire l'objet d'un suivi régulier [39].

Même en première ligne, l'approche psychothérapeutique est tout aussi importante dans la mesure où elle joue un rôle important dans la stabilisation puis dans la réduction des symptômes. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle (TIP) sont les deux piliers de cette approche.

L'EDM relève toujours d'une chimiothérapie car une psychothérapie seule n'est pas envisageable, du moins en phase aiguë. Ainsi, selon plusieurs études, la combinaison des deux alternatives semble aboutir à de meilleurs résultats en particulier chez certains patients comme les sujets âgés et les femmes [40].

Formation médicale continue

Les épisodes dépressifs peuvent évoluer de manière très différente mais la dépression majeure évolue très fréquemment vers la chronicité et sa prise en charge devrait, par conséquent, suivre celle des maladies chroniques [38].

Il a été démontré que plusieurs facteurs sont susceptibles d'augmenter le risque de passage à la chronicité parmi lesquels il y a lieu de citer l'inadéquation de la prise en charge, la durée et l'intensité de l'EDM, l'âge précoce de survenue, la présence d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur, l'hospitalisation au début de l'épisode, les difficultés relationnelles, la présence de comorbidités. Il semble aussi que le risque de passage à la chronicité de l'EDM est plus élevé chez les femmes que chez les hommes [41].

Pour ces raisons, il faut viser une rémission complète des symptômes dépressifs et un rétablissement de l'ensemble du fonctionnement normal pour pouvoir juger favorablement l'évolution de l'état clinique d'un patient atteint d'un EDM.

Il convient enfin de noter que plusieurs études épidémiologiques ont montré que la prise en charge était de moins bonne qualité en première ligne par rapport au secteur spécialisé [23, 42, 43]. Plusieurs explications ont alors été avancées concernant ce constat au premier rang desquelles figure le fait que les médecins de première ligne sont submergés par une demande croissante de soins les empêchant ainsi de consacrer suffisamment de temps et d'attention pour détecter précocement les états dépressifs et les prendre en charge adéquatement [44].

Néanmoins, devant l'existence d'une comorbidité psychiatrique associée qui rendrait la prise en charge plus délicate, la présence d'antécédents de tentatives de suicide multiples ou face à une résistance au traitement, il serait préférable d'orienter le patient vers une unité de soins spécialisés.

CONCLUSION

L'épisode dépressif majeur est un enjeu majeur de santé publique car il constitue un véritable fardeau humain, social et économique. Une attention toute particulière doit lui être accordée à tous les niveaux du système de soins et plus particulièrement en première ligne. Celle-ci présente l'avantage d'être accessible et de proposer des soins continus et intégrés qui s'articulent essentiellement autour de la prévention.

Formation médicale continue

Etant le premier point de contact avec le système de soins, la première ligne est appelée à jouer un rôle sans cesse croissant dans le diagnostic et la prise en charge précoce des épisodes dépressifs. C'est pourquoi il est impératif d'assurer l'approvisionnement régulier des médicaments antidépresseurs (essentiellement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) aux centres de soins primaires.

Il est également tout aussi nécessaire de renforcer la formation continue des professionnels médicaux et paramédicaux de la première ligne qui sont confrontés quotidiennement à différents profils de patients atteints de dépression majeure. L'objectif est de développer leurs connaissances et leurs compétences professionnelles afin de leur permettre de diagnostiquer précocement les EDM et de garantir aux malades une prise en charge adéquate, globale et continue.

Cette prise en charge serait basée sur la pharmacothérapie en premier lieu en association à une psychothérapie de soutien (relation médecin-malade assurant confiance et bonne écoute). La durée du traitement serait variable, associant une phase aiguë et une phase d'entretien avec une phase de surveillance qui doit être poursuivie pendant 6 à 12 mois après l'arrêt du traitement. L'avantage des structures de la première ligne est leur capacité à assurer un suivi régulier des patients et de garantir, ainsi, la continuité des soins.

Il est également fortement recommandé de multiplier les études épidémiologiques sur les facteurs de risque de survenue d'épisodes dépressifs majeurs. Il s'agit d'identifier les facteurs de risque modifiables sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'apparition de la dépression. Ces études permettent, par conséquent, d'identifier les groupes à risque de développer un EDM.

Toutes ces activités devraient être regroupées au sein d'une stratégie nationale globale de prévention et de prise en charge de la dépression. La mise en œuvre d'une telle stratégie est devenue une priorité majeure de santé publique compte tenu de la fréquence sans cesse croissante de cette maladie qui constitue désormais un véritable fardeau économique, social et psychologique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Lesage A. Epidemiological perspectives of the psychiatric services' change to ambulatory care. *Sante Ment Que*. 1996 Spring;21(1):79-95.
- 2- Bland RC, Newman SC, Orn H. Health care utilization for emotional problems: results from a community survey. *Can J Psychiatry*. 1990 Jun;35(5):397-400.
- 3- World Health Organization, the global burden of disease: 2004 update. 2008, World Health Organization: Geneva. p. 934.
- 4- Organisation Mondiale de la Sante, Politique et prestation de services en santé mentale, Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001: Genève, Suisse. p 77-108.
- 5- Organisation Mondiale de la Sante, Politique et prestation de services en santé mentale, Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001: Genève, Suisse. P 9.
- 6- Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*. 1999 Jan-Feb;61(1):6-17.
- 7- Meltzer HY1, Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry*. 2003 Sep;64(9):1122-9.
- 8- Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004 May 18;140(10):822-35.
- 9- World Health organization. International Classification of Disease: manual of the International Statistical. Classification of Diseases, injuries and causes of death (10th Revision). Geneva: World Health organization, 1992: 354-9.
- 10- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 11- Gruenberg AM. Classification of depression: research and diagnostic criteria: DSM- IV and ICD -10, in biology of depression. From novel insights to therapeutic strategies. 2005, Ed. Liciano J, WONG M-L. Wiley-VCH Verlag GmbH & Co: Weinheim.
- 12- B. Amamou, Y. Elkissi, A. Braham, A. Souhail Bannour, M. Ben Rejeb, S. Ben Nasr, A. Mtiraoui, B. Ben Hadj Ali. Prevalence and correlates of major depressive episodes in Sousse primary care setting: Assessment with Tunisian version of CIDI. *La Tunisie Médicale* - 2013 ; Vol 91 (n°04) : 234-239.

Formation médicale continue

- 13- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
- 14- Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:411-23.
- 15- Martin-Agueda B, Lopez-Munoz F, Rubio G Guerra JA, Silva A, Alamo C. Management of depression in primary care: a survey of general practitioners in Spain. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 305-12.
- 16- Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care, an international study. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd., 1995.
- 17- B. Amamou, Y. Elkissi, A. Braham, A. Souhail Bannour, M. Ben Rejeb, S. Ben Nasr, A. Mtiraoui, B. Ben Hadj Ali. Prevalence and correlates of major depressive episodes in Sousse primary care setting: Assessment with Tunisian version of CIDI. *La Tunisie Médicale* - 2013; Vol 91 (n°04): 234-239.
- 18- Patten SB, Wang JL, Williams JV, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, El-Guebaly N. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can Psychiatry*. 2006 Feb;51(2):84-90.
- 19- Nguyen CT, Fournier L, Bergeron L, Roberge P, Barrette G. Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians. *Can J Psychiatry*. 2005 Sep;50(10):620-8.
- 20- Kairouz S, Boyer R, Nadeau L, Perreault L, Fiset Kaniel J. Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. *Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, 2008, institue de la statistique du Québec : Québec p 67.
- 21- Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc*. 2011 Mar;61(3):216-21.
- 22- Carroll LJ, Cassidy JD, Côté P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey: the prevalence and factors associated with depressive symptomatology in Saskatchewan adults. *Can J Public Health*. 2000 Nov-Dec;91(6):459-64.
- 23- Lorant V, Croux C, Weich S, Delière D, Mackenbach J, Ansseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry*. 2007 Apr;190:293-8.
- 24- Lorant V, Delière D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003 Jan 15;157(2):98-112.

Formation médicale continue

- 25- Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry Suppl.* 2001 Apr;40:s84-90.
- 26- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):47-54.
- 27- Kessler RC, McGonagle K, Zhao S et al. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- 28- Santé Canada : Système de soins de santé du Canada : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-fra.php.
- 29- Canadian Health Services research Foundation. Choices for change: the patch for restructuring primary healthcare services in Canada. 2003 : Ottawa, Ontario, Canada.
- 30- Fortney J, Rost K, Zhang M. A joint choice model of the decision to seek depression treatment and choice of provider sector. *Med Care.* 1998 Mar; 36(3):307-20.
- 31- Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry.* 2000 May-Aug;23(3-4):277-91.
- 32- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3):457-502.
- 33- Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001- la santé mentale. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001: Genève, Suisse. p 172.
- 34- Organisation Mondiale de la Santé. Investir dans la santé mentale, 2004, Genève : p 27
- 35- World Health Organization. Mental health policy and service guidance package- Organization of services of mental health, 2003, World Health Organization: Genève. p 92.
- 36- Bower P1, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ.* 2005 Apr 9;330(7495):839-42.
- 37- Kosel M, Perroud N, Bondolfi G. Treating depression: decision analysis for the general practitioner. *Rev Med Suisse.* 2012 Dec 5;8(365):2346-63.
- 38- Patten SB1, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, Ravindran AV; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

Formation médicale continue

- (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord.* 2009 Oct;117 Suppl 1:S5-14.
- 39- Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord.* 2009 Oct;117 Suppl 1:S26-43.
- 40- Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, Patten SB; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord.* 2009 Oct;117 Suppl 1:S15-25.
- 41- Angst J. Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? *J Clin Psychiatry.* 1999;60 Suppl 6:5-9.
- 42- Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Jan;58(1):55-61.
- 43- Kerr MP. Antidepressant prescribing: a comparison between general practitioners and psychiatrists. *Br J Gen Pract.* 1994 Jun;44(383):275-6.
- 44- Wang PS, Demler O, Kessler RC. Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health.* 2002 Jan;92(1):92-8.

**ANNEXE1 : Critères d'un épisode
dépressif majeur selon DSM-IV**

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

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Formation médicale continue

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

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

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.