

Comment pose-t-on le diagnostic ?

Un puzzle clinique où chaque pièce compte

Poser le diagnostic d'un trouble bipolaire, c'est un peu être détective : il faut écouter, observer, recouper des indices dans le temps. Pas de prise de sang magique, pas d'IRM révélatrice — juste une conversation minutieuse, structurée par des critères internationaux validés.

Les trois expressions du trouble

Le diagnostic repose sur l'identification d'épisodes distincts, délimités dans le temps:

□ L'épisode maniaque (plusieurs jours)

Humeur exaltée, expansive ou irritable + activité décuplée. Au moins 3 symptômes parmi : estime de soi démesurée, besoin de sommeil réduit, parole pressée, fuite des idées, distractibilité, activité accrue, comportements à risque. Doit marquer une altération significative du fonctionnement ou nécessiter une hospitalisation.

□ L'épisode hypomaniaque (4+ jours)

Mêmes symptômes que la manie, mais moins sévères. Pas d'hospitalisation, pas de psychose, mais un changement visible du fonctionnement — perceptible par l'entourage. C'est souvent là que réside le diagnostic difficile.

□ L'épisode dépressif majeur (2+ semaines)

Humeur dépressive ou anhédonie + 4 symptômes parmi : troubles du sommeil, perte d'énergie, culpabilité, difficultés de concentration, idées suicidaires. Souvent le premier épisode consulté — d'où les risques de confusion avec une dépression simple.

Deux profils principaux

Type I	Type II
Au moins 1 épisode maniaque	Au moins 1 épisode hypomaniaque + 1 dépressif majeur
Les épisodes dépressifs et hypomaniaques sont fréquents mais non obligatoires	Jamais d'épisode maniaque complet
Altération majeure du fonctionnement possible	Fonctionnement préservé pendant l'hypomanie, mais souffrance réelle

Le piège du Type II

Souvent diagnostiqué comme « dépression » pendant des années, parce que l'hypomanie passe inaperçue — parfois vécue comme un « bon moment » de productivité. Pourtant, le risque suicidaire est réel et les antidépresseurs seuls peuvent aggraver la fréquence des cycles.

Les outils du clinicien

Face à la complexité, les professionnels utilisent des échelles validées :

- MDQ (Mood Disorder Questionnaire) : 13 questions pour dépister les épisodes maniaques/hypomaniaques passés
- HCL-32 (Hypomania Checklist) : 32 items plus sensibles pour capter les formes légères
- PHQ-9 : quantifie la dépression associée
- (Ces questionnaires se trouvent en français) L'idéal étant de les faire sur avis de son soignant, l'auto-évaluation conduit souvent à des auto-diagnostics erronés

Ces outils ne remplacent pas l'entretien clinique, mais ils structurent l'échange et réduisent le biais de mémoire — crucial quand on sait que le délai diagnostic moyen oscille entre 5 et 10 ans.

Le jeu des 7 erreurs

Le trouble bipolaire aime se déguiser. Les diagnostics différentiels incluent : trouble borderline (instabilité émotionnelle), TDAH (hyperactivité, distractibilité), dépression unipolaire, schizophrénie (si symptômes psychotiques), abus de substances. [Nous abordons un chapitre sur les différents troubles](#) sur le site de Parl.l.

La règle d'or du diagnostic

L'histoire longitudinale prime sur l'examen transversal. Interroger le patient sur son passé, consulter l'entourage, examiner les antécédents familiaux (hérédité à 60-85%) — c'est souvent dans le recul que les cycles révèlent leur véritable nature.

Sources : Cet article s'appuie sur les recommandations internationales CANMAT/ISBD, les critères DSM-5-TR, la revue systématique des outils d'évaluation de Yatham et al., et les méta-analyses de diagnostic de l'UpToDate et du NCBI.

Un diagnostic précis, la clé d'un traitement adapté

Le trouble bipolaire se soigne mieux quand on le nomme correctement. Chaque question posée, chaque souvenir exploré, chaque échelle remplie rapproche de cette vérité clinique qui change une vie.

Parl.I ASBL — Parler, écouter, comprendre la bipolarité