

N° 82-619-M au catalogue — N° 004

ISSN : 1715-3034

ISBN : 978-1-100-98278-6

Division de l'analyse de la santé

Descriptions des états de santé au Canada : Maladies mentales

par Kellie A. Langlois, Andriy V. Samokhvalov, Jürgen Rehm,
Selene T. Spence et Sarah Connor Gorber

Division de l'analyse de la santé
24^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone : 1 613 951-3806



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : 613-951-1765).

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostat@statcan.gc.ca ou par téléphone entre 8h30 et 16h30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Numéros sans frais (Canada et États-Unis):

Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369
Renseignements concernant le Programme des services de dépôt	1-800-635-7943
Télécopieur pour le Programme des services de dépôt	1-800-565-7757

Centre de renseignements de Statistique Canada :

Télécopieur	1-613-951-8116
	1-613-951-0581

Renseignements pour accéder ou commander le produit

Le produit no 82-619-M au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de choisir la rubrique **Publications**.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées dans le site www.statcan.gc.ca sous **À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens**.

Descriptions des états de santé au Canada : Maladies mentales

Citation recommandée :

Langlois KA, Samokhvalov AV, Rehm J, Spence ST, Connor Gorber SK. Descriptions des états de santé au Canada : maladies mentales. Statistique Canada no 82-619-MIF2005002 au catalogue. Ottawa : Statistique Canada, 2011.

Les auteurs remercient pour leur contribution le panel médical de l'ISP : Denis Roy, Robert Spasoff, Doug Manuel, Marie-Dominique Beaulieu, Charles Pless, et Alan Forster. Un merci spécial au Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) pour leur expertise et aux Dr. Peter Selby, Dr. Arun Ravindran, et Dr. Jorge Soni pour leurs précieux commentaires sur version précédente de cette monographie. Les auteurs remercient également Aline Nizigama pour sa revue de la littérature et Elizabeth Lin et Scott Patten pour leur révision des descriptions des états de santé dans ce document. Nous remercions aussi Andriy Samokhvalov, éditeur au contenu; Jürgen Rehm, éditeur au contenu; Cameron McIntosh, coordinateur de la révision; Julie Bernier, vérification de la traduction et Charlotte Clarke, Rasha Bradic et Robert Pellarin pour leur rôle dans la conception graphique et la composition.

Ce document fait partie d'une série qui couvre les principaux groupes de maladies affectant les Canadiens. Cette information qui vise principalement à établir les descriptions des maladies qui seront utilisées dans le programme de recherche Impact sur la santé de la population des maladies au Canada, aidera les chercheurs à comprendre comment nous avons calculé nos estimations. Elle sera également utile aux professionnels de la santé, aux groupes de défense des patients et aux Canadiens qui désirent avoir un aperçu de la façon dont le diabète influe sur le fonctionnement quotidien.

L'ISP est le fruit d'une collaboration entre Statistique Canada, l'Agence de santé publique du Canada, des chercheurs de McGill University, l'Université d'Ottawa, l'University of Manitoba, l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. L'ISP est financé par Statistique Canada et l'Agence de santé publique du Canada.

Chefs d'équipe d'Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada :

Julie Bernier	Jane Boswell-Purdy	William Flanagan	Stephanie Jackson
Jean-Marie Berthelot	Sylvie Desjardins	Sarah Connor Gorber	Kathy White

Statistique Canada
Division de l'analyse de la santé

Descriptions des états de santé au Canada : *Maladies mentales*

**Kellie A. Langlois, Andriy V. Samokhvalov, Jürgen Rehm,
Selene T. Spence, Sarah Connor Gorber**

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2012

Tous droits réservés. Ce produit ne peut être reproduit et/ou transmis à des personnes ou organisations à l'extérieur de l'organisme du détenteur de licence. Des droits raisonnables d'utilisation du contenu du produit sont accordés seulement à des fins de recherche personnelle, organisationnelle ou de politique gouvernementale ou à des fins éducatives. Cette permission comprend l'utilisation du contenu dans des analyses et dans la communication des résultats et conclusions de ces analyses, y compris la citation de quantités limitées de renseignements complémentaires extraits du produit de données dans ces documents. Cette documentation doit servir à des fins non commerciales seulement. Si c'est le cas, la source des données doit être citée comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, les utilisateurs doivent d'abord demander la permission écrite aux Services d'octroi de licences, Division de la gestion de l'information, Statistique Canada, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0T6.

Janvier 2012

N° 82-619-M (n° 004) au catalogue

Périodicité : Occasionnel

ISSN 1715-3034

ISBN 978-1-100-98278-6

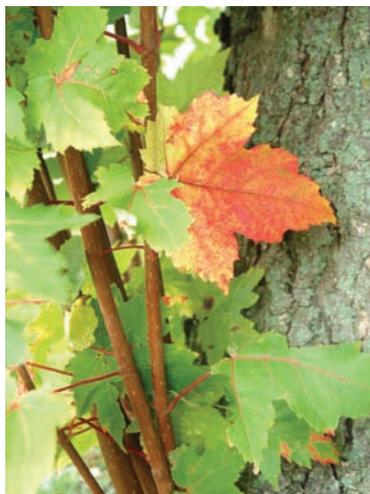
Ottawa

This publication is also available in English (catalogue No. 82-619-M, No. 004).

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Contexte : Descriptions des états de santé au Canada



Ce document fournit des descriptions normalisées des principaux états de santé associés à la progression et au traitement d'une maladie. Ces descriptions constituent la première étape de la mesure de l'impact de vivre avec la maladie et son traitement sur la qualité de vie du point de vue du bien-être physique, mental et social.

Cette approche repose sur un nouvel outil de mesure de la santé fonctionnelle. La douleur, la limitation du fonctionnement physique ou l'angoisse peuvent, entre autres, limiter la capacité d'une personne à participer aux activités de la vie quotidienne. Nous classifions ces limitations à l'aide du Système de classification et de mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES), qui comporte onze dimensions englobant le bien-être physique, social et mental. Chacune de ces dimensions comprend quatre ou cinq niveaux qui mesurent les capacités fonctionnelles : le niveau 1 indique l'absence de limitation, par exemple, « en général, absence de douleur ou de malaise ». Le tableau qui suit (*Système de classification et mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES)*) donne la liste complète des niveaux pour chacune des dimensions.

Pour chaque état de santé, nous décrivons un cas « typique » en nous fondant sur l'examen d'ouvrages publiés et la consultation d'experts. Même si l'expérience d'une maladie donnée sera unique pour chaque personne, il est nécessaire de créer ces descriptions générales pour mesurer l'état de santé au niveau de la population.

La première étape de ce processus consiste à effectuer une analyse approfondie des ouvrages publiés sur une maladie en particulier, afin de recueillir de l'information sur les principales formes qu'elle prend, sa progression habituelle, ses symptômes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, ainsi que les options de traitement courantes et leurs effets.

Cette information est par la suite utilisée afin de créer les classifications des états de santé. Essentiellement, chaque état de santé est classé selon 11 attributs du CLAMES afin de représenter ses conséquences globales sur la santé fonctionnelle. De cette façon, une somme importante d'information sur l'expérience type d'une maladie est condensée de façon plus facile à gérer, ce qui facilite la mesure des répercussions de la maladie sur la santé de la population. Par la suite, les descriptions et les classifications des états de santé sont passées en revue par des experts médicaux et révisées au besoin, afin d'en assurer l'exactitude clinique.

Les classifications sont utilisées pour obtenir des scores de préférence auprès de panels de Canadiens à l'aide de la théorie de l'utilité. Les scores de préférence, qui indiquent la préférence relative pour un état de santé comparativement à la pleine santé, nous aident à comprendre comment les Canadiens perçoivent les divers aspects de la santé fonctionnelle. En s'ajoutant aux données sur l'incidence et la durée, les scores de préférence enrichissent les estimations de l'impact sur la population canadienne des maladies et des facteurs de risque qui y sont associés.

Mesurées en termes d'années de vie perdues à cause de mortalité prématurée et d'équivalents-années perdus en raison de capacités réduites à cause de la maladie, ces estimations nous permettent d'évaluer combien d'années de vie—et combien d'années de vie en santé—sont perdues pour chaque maladie ou facteur de risque. Elles fournissent des réponses aux questions du type « Quel serait l'impact de la réduction de l'obésité sur la santé des Canadiens? », tant sur le plan du nombre de vies sauvées que sur le plan de l'amélioration de la santé pendant toute la vie.

Pour obtenir plus de détails sur le programme de recherche Impact sur la santé de la population des maladies au Canada (ISP), sur le processus de création des descriptions et classifications des états de santé et sur l'élaboration des estimations au niveau de la population qui en découlent, veuillez consulter le site Web du programme ISP à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/index_f.html.

Note au lecteur : Comment lire la classification

Les états de santé sont classés au moyen de 11 dimensions, comportant chacune 4 ou 5 niveaux. Le niveau 1 indique l'absence de limitations, alors qu'au niveau 4 ou 5, les limitations sont les plus importantes. Prière de noter que ces niveaux constituent une forme abrégée de la classification : il ne s'agit pas de mesures sur une échelle d'intervalles (Par exemple, la différence entre le niveau 1 et le niveau 2 n'est pas la même qu'entre le niveau 3 et le niveau 4. En outre, les dimensions n'ont pas toutes la même importance sur le plan des préférences à l'égard des états de santé. Pour plus d'information sur les préférences à l'égard des états de santé mesurées avec ces scores, prière de se reporter à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/index_f.html). Une liste complète des dimensions et des niveaux est fournie au tableau qui suit (*Système de classification et mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES)*).

À titre d'exemple, nous pouvons examiner deux états de santé liés au cancer, le premier décrivant un état de santé au moment du diagnostic et le deuxième décrivant un état de santé durant le dernier mois de vie, durant les soins terminaux.

Les personnes porteuses d'un cancer du sein débutant (très bon pronostic) pourraient être décrites de la façon suivante :

- Plutôt malheureux (niveau 3 de *État émotif*)
- Légère incapacité à entretenir des relations sociales (niveau 2 de *Relations sociales*)
- Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière (niveau 3 de *Angoisse*)

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1

En comparaison, les personnes durant leur dernier mois de vie pourraient être décrites de la façon suivante :

- Douleur ou malaise intense (niveau 4 de *Douleur ou malaise*)
- Limitation grave du fonctionnement physique (niveau 4 de *Fonctionnement physique*)
- Très malheureux (niveau 4 de *État émotif*)
- Vous éprouvez constamment un sentiment de fatigue et de manque d'énergie (niveau 4 de *Fatigue*)
- Manquant un peu de mémoire et ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens (niveau 4 de *Mémoire et pensée*)
- Incapacité grave à entretenir des relations sociales (niveau 4 de *Relations sociales*)
- Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière (niveau 3 de *Angoisse*)
- Limitations de l'usage des mains ou des doigts et a besoin de l'aide d'une autre personne pour certaines tâches (niveau 4 de *Dextérité*)

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
4	4	4	4	4	4	3	1	1	1	4

La classification des principaux états de santé durant l'évolution et le traitement des maladies mentales sont fournis dans le tableau sommaire.

Systeme de classification et mesure de la sante fonctionnelle (CLAMES)

Dimensions de base

Douleur ou malaise

- 1 En general, absence de douleur ou de malaise
- 2 Douleur ou malaise léger
- 3 Douleur ou malaise modéré
- 4 Douleur ou malaise intense

Fonctionnement physique

- 1 Aucune limitation du fonctionnement physique en general
- 2 Légère limitation du fonctionnement physique
- 3 Limitation modérée du fonctionnement physique
- 4 Limitation grave du fonctionnement physique

État émotif

- 1 Heureux et aimant la vie
- 2 Assez heureux
- 3 Plutôt malheureux
- 4 Très malheureux
- 5 Malheureux au point de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

Fatigue

- 1 Vous n'éprouvez généralement pas de sentiment de fatigue ou de manque d'énergie
- 2 Vous éprouvez parfois un sentiment de fatigue et de manque d'énergie
- 3 Vous éprouvez la plupart du temps un sentiment de fatigue et de manque d'énergie
- 4 Vous éprouvez constamment un sentiment de fatigue et de manque d'énergie

Mémoire et pensée

- 1 Capable de se souvenir de la plupart des choses, de penser clairement et de résoudre les problèmes quotidiens
- 2 Capable de se souvenir de la plupart des choses, mais ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens
- 3 Manquant un peu de mémoire, mais capable de penser clairement et de résoudre les problèmes quotidiens
- 4 Manquant un peu de mémoire et ayant un peu de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens
- 5 Manquant beaucoup de mémoire et ayant beaucoup de difficulté à penser et à résoudre les problèmes quotidiens

Relations sociales

- 1 Capacité normale d'entretenir des relations sociales
- 2 Légère incapacité à entretenir des relations sociales
- 3 Incapacité modérée à entretenir des relations sociales
- 4 Incapacité grave à entretenir des relations sociales
- 5 Incapable d'avoir des relations sociales

Dimensions supplémentaires

Angoisse

- 1 Généralement pas angoissé
- 2 Vous éprouvez une angoisse légère et ce de façon occasionnelle
- 3 Vous éprouvez une angoisse modérée et ce de façon régulière
- 4 Une angoisse grave est éprouvée la plupart du temps

Parole

- 1 Vous pouvez vous faire comprendre parfaitement en parlant à des étrangers ou à des amis
Vous pouvez vous faire comprendre en partie en parlant à des étrangers, mais vous
- 2 pouvez vous faire comprendre parfaitement en parlant à des personnes qui vous connaissent bien
- 3 Vous pouvez vous faire comprendre en partie en parlant à des étrangers et à des personnes qui vous connaissent bien
- 4 Incapable de vous faire comprendre en parlant à d'autres personnes

Ouïe

- 1 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, sans appareil auditif
- 2 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une personne dans une pièce tranquille, avec ou sans appareil auditif, mais ayant besoin d'un appareil auditif pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes
- 3 Capable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une personne dans une pièce tranquille, avec ou sans appareil auditif, mais incapable d'entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes
- 4 Incapable d'entendre même avec un appareil auditif

Vue

- 1 Capable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire et reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, avec ou sans lunettes ou lentilles cornéennes
- 2 Incapable de voir suffisamment pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais vous pouvez voir suffisamment pour lire un journal ordinaire
- 3 Incapable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais vous pouvez voir suffisamment pour reconnaître un ami de l'autre côté de la rue
- 4 Incapable de voir suffisamment pour lire un journal ordinaire ou de reconnaître un ami de l'autre côté de la rue, même avec des lunettes ou des lentilles cornéennes

Dextérité

- 1 Usage complet des mains et des doigts
- 2 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; pas besoin d'outils spéciaux ou de l'assistance d'une autre personne
- 3 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; indépendant avec des outils spéciaux et pas besoin de l'assistance d'une autre personne
- 4 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; besoin de l'assistance d'une autre personne pour certaines tâches
- 5 Limitations dans l'usage des mains et des doigts; besoin de l'assistance d'une autre personne pour la plupart des tâches

Table des matières

Contexte : Descriptions des états de santé au Canada	2
Note au lecteur : Comment lire la classification.....	3
Tableau sommaire	6
Introduction.....	7
Section A - Troubles de l'humeur.....	9
Partie 1 - Dépression majeure	
Partie 2 - Dysthymie	
Partie 3 - Trouble affectif bipolaire	
Section B - Troubles anxieux.....	18
Partie 1 - Trouble panique	
Partie 2 - Agoraphobie	
Partie 3 - Phobie sociale	
Partie 4 - Trouble d'anxiété généralisé	
Partie 5 - Trouble obsessionnel-compulsif	
Partie 6 - Trouble de stress post-traumatique	
Section C - Troubles diagnostiqués durant l'enfance	33
Partie 1 - Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité	
Partie 2 - Troubles envahissants du développement	
Partie 2a - Trouble autistique	
Partie 2b - Syndrome d'Asperger	
Partie 3 - Trouble d'anxiété de séparation	
Section D - Troubles des conduites alimentaires	43
Partie 1 - Anorexie mentale	
Partie 2 - Boulimie	
Section E - Retard mental	49
Section F - Troubles de la personnalité	52
Section G - Schizophrénie	54
Section H - Troubles liés à l'usage d'une substance.....	60
Partie 1 - Abus d'alcool / Utilisation d'alcool nocive pour la santé	
Partie 2 - Utilisation d'héroïne nocive pour la santé	
Partie 3 - Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépines	
Partie 4 - Utilisation nocive pour la santé du cannabis	
Partie 5 - Utilisation nocive pour la santé de stimulants	
Références	82
Sources générales.....	87

Maladies mentales



Tableau sommaire

Classification des états de santé liés aux maladies mentales

	Dimensions de base					Dimensions supplémentaires					
	Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
Troubles de l'humeur											
Épisode dépressif majeur – Léger	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	1
Épisode dépressif majeur – Moyen	2	2	4	3	2	3	2	1	1	1	1
Trouble dépressif majeur – Sévère	3	3	5	4	4	4	3	1	1	1	1
Dysthymie	1	1	3	2	2	3	2	1	1	1	1
Trouble affectif bipolaire – Épisode maniaque	1	1	1	1	4	4	3	2	1	1	1
Trouble affectif bipolaire – Patient bipolaire, en traitement actif	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
Troubles anxieux											
Trouble panique	2	1	3	2	2	3	3	1	1	1	1
Attaque de panique	4	3	3	1	4	4	4	1	1	1	1
Agoraphobie (modérée)	2	1	3	2	2	3	3	1	1	1	1
Agoraphobie (sévère)	2	1	3	2	2	4	4	1	1	1	1
Phobie sociale	2	1	3	2	2	4	3	1	1	1	1
Trouble d'anxiété généralisée (modéré)	2	1	3	3	2	3	3	1	1	1	1
Trouble d'anxiété généralisée (sévère)	2	1	3	3	2	4	4	1	1	1	1
Trouble obsessionnel-compulsif (modéré)	2	2	3	2	2	3	3	1	1	1	1
Trouble obsessionnel-compulsif (sévère)	2	2	3	2	2	4	4	1	1	1	1
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	2	1	3	2	4	3	3	1	1	1	1
Troubles diagnostiqués durant l'enfance											
Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité – type mixte	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1
Trouble autistique	1	3	1	1	4	5	1	4	1	1	2
Syndrome d'Asperger	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2
Trouble d'anxiété de séparation	2	1	3	1	2	3	3	1	1	1	1
Troubles des conduites alimentaires											
Anorexie mentale	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	1
Boulimie	2	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1
Retard mental											
Retard mental – Léger	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
Retard mental – Moyen	1	3	1	1	4	3	1	2	1	1	1
Retard mental – Grave	1	4	1	1	5	4	1	3	1	1	1
Troubles de la personnalité											
Trouble de la personnalité – non spécifié	1	1	3	1	2	4	3	1	1	1	1
Schizophrénie											
Schizophrénie catatonique	3	4	4	2	5	5	1	4	1	1	4
Schizophrénie désorganisée	1	2	4	1	5	5	1	3	2	1	1
Schizophrénie paranoïde	1	1	3	1	4	4	3	1	2	1	1
Schizophrénie indifférenciée	1	3	3	1	4	3	1	1	1	1	1
Schizophrénie résiduelle	1	2	3	1	2	3	1	2	1	1	1
Troubles liés à l'usage d'une substance											
Abus d'alcool (léger à modéré)	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1
Abus d'alcool (grave)	3	3	3	3	4	3	3	2	1	1	2
Surdose d'alcool	3	4	4	1	5	5	1	4	1	1	1
Traitement de l'alcoolisme (sevrage aigu sous traitement)	3	2	3	3	4	4	3	1	1	1	1
Rémission de l'abus d'alcool	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
Abus d'héroïne / Utilisation d'héroïne nocive pour la santé	3	3	2	1	4	4	3	1	1	1	1
Surdose d'héroïne	3	4	4	3	5	5	3	1	1	1	1
Traitement de la dépendance à l'héroïne (sevrage aigu avec traitement)	4	2	4	3	4	3	3	1	1	1	2
Rémission de l'héroïnomanie	2	2	3	2	4	2	2	1	1	1	1
Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépine (légère à modérée)	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1
Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépine (grave)	2	2	3	4	4	3	2	2	1	1	1
Surdose de benzodiazépine	3	4	1	4	5	5	1	3	1	1	1
Traitement de l'utilisation de benzodiazépine (légère à modérée)	3	1	3	3	2	2	3	1	1	1	1
Traitement de l'utilisation de benzodiazépine (grave – sevrage aigu avec traitement)	4	2	4	3	4	3	4	1	1	1	1
Rémission de l'utilisation de benzodiazépine	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
Utilisation nocive pour la santé de cannabis	2	2	2	2	4	3	3	1	1	2	1
Traitement de l'utilisation du cannabis (sevrage aigu avec traitement)	2	1	2	2	3	2	2	1	1	1	1
Rémission de l'utilisation du cannabis	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1
Utilisation nocive pour la santé de stimulants	3	2	3	3	4	4	3	1	1	1	1
Surdose de stimulants	4	4	5	1	5	5	4	1	1	1	1
Traitement de l'utilisation des stimulants (sevrage aigu avec traitement)	3	3	4	4	4	3	1	1	1	1	1
Rémission de l'utilisation de stimulants	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1



Introduction

Les maladies mentales consistent principalement en des altérations de l'humeur, de la pensée et du comportement ainsi que d'autres domaines du fonctionnement mental, et elles affectent d'une façon directe ou indirecte presque tous les Canadiens¹. Ces maladies sont habituellement à l'origine de déficiences du fonctionnement émotionnel qui peuvent entraîner des limitations sociales ou physiques. Dans certains cas, tels que l'agoraphobie, la personne n'arrive même pas à quitter son domicile à cause d'une angoisse intense; la dépression, quant à elle, peut faire perdre tout intérêt pour la vie à la personne qui en souffre. La comorbidité qui existe souvent entre divers troubles mentaux complique encore davantage le tableau de la maladie mentale.

Les maladies mentales ont d'importantes répercussions sur la qualité de la vie. Bien qu'elles ne soient à l'origine que de 1 % des décès dans le monde, elles représentent près de 11 % de la charge mondiale de morbidité². En fait, toujours à l'échelle mondiale, des dix causes principales des années de vie perdues à cause d'une incapacité, quatre sont des maladies mentales, le trouble dépressif majeur venant au premier rang, les troubles liés à la consommation d'alcool, au deuxième (chez les hommes), la schizophrénie, au cinquième chez les hommes et au sixième chez les femmes, et le trouble bipolaire, au septième rang chez les hommes et au huitième rang chez les femmes³. Au Canada, en 2003, on estimait que le fardeau économique de la maladie mentale se chiffrait à 51 milliards de dollars⁴; ces estimations comprennent les coûts directs et indirects.

Le présent document décrit les maladies mentales dont l'incidence sur la population canadienne est la plus importante sous l'angle de la prévalence ou de la gravité de l'incapacité. Il montre aussi comment ces maladies influent sur l'état de santé des Canadiens. Dans le cadre d'un projet de plus grande portée, on s'est servi principalement des codes de la CIM-9 pour

évaluer l'information et recueillir les données sur ces états de santé, parce qu'ils étaient utilisés pour classer les maladies. Par conséquent, les codes de la CIM-9 sont présentés pour chaque problème de santé pour lequel un code existe⁵. En outre, les codes de la CIM-10 sont fournis à titre de référence⁶. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e révision)⁷ a également été consulté pour chaque trouble présenté; le DSM-IV fournit les critères diagnostiques pour chaque trouble psychiatrique

Le document décrit les troubles de l'humeur, ou troubles affectifs, dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur. Trois d'entre-eux, le trouble dépressif majeur, le trouble dysthymique et le trouble bipolaire, sont présentés. Viennent ensuite les troubles anxieux, qui causent une anxiété intense et souvent persistante. Sont décrits le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de stress post-traumatique.

Les troubles diagnostiqués durant l'enfance (déficit de l'attention/hyperactivité, troubles envahissants du développement, y compris l'autisme et le syndrome d'Asperger, et trouble d'anxiété de séparation) sont aussi présentés. Viennent ensuite les troubles des conduites alimentaires, ou troubles de l'alimentation, qui comprennent notamment l'anorexie mentale (anorexia nervosa) et la boulimie (bulimia nervosa). Le retard mental est décrite sous ses formes légère, moyenne et sévère. Il importe toutefois de mentionner que, quoique l'expression déficience intellectuelle, moins stigmatisante, soit celle reconnue/acceptée à l'heure actuelle pour désigner le retard mental, le présent document fait référence au trouble clinique décrit conformément à la CIM-9 et au DSM-IV; par conséquent, nous nous en tenons aux termes cliniques de retard mental dans les descriptions.

L'état de santé associé aux troubles de la personnalité est examiné. La schizophrénie est un trouble caractérisé par des distorsions de la pensée et de la perception. Le document décrit les limitations fonctionnelles associées aux sous-types de la schizophrénie suivants : catatonique, paranoïde, désorganisé, indifférencié et résiduel.

Enfin, les états de santé associés aux troubles liés à l'utilisation de substances, dont l'alcool, l'héroïne, les benzodiazépines, le cannabis et les stimulants, sont également décrits en fonction des étapes de l'évolution du trouble; sont examinés en particulier les états de santé associés à l'usage chronique de la substance, le traitement, la rémission et, dans certains cas, la surdose. Bien que le coma soit souvent une séquelle de la surdose, cet état de santé n'est pas décrit dans le présent document; il sera présenté dans le document de la présente série portant sur les troubles neurologiques.

Très souvent, les maladies mentales se manifestent en association à d'autres maladies mentales (comorbidité). Cependant, la mesure de la comorbidité est une tâche complexe qui n'est par conséquent pas prise en

considération ici. Donc, les états de santé et les niveaux des attributs décrits dans le présent document ont trait uniquement à ceux particuliers à la maladie mentale en question, en l'absence d'un trouble comorbide. Le Système de classification et de mesure de la santé fonctionnelle (CLAMES) a été utilisé pour évaluer le niveau des attributs assignés à chaque état de santé (voir Contexte au début du présent document). Comparativement à d'autres systèmes d'évaluation (p. ex., HUI, EQ-5D), le CLAMES est particulièrement puissant en ce sens qu'il tient compte des déficiences dans les relations sociales, lesquelles représentent une limitation fréquente chez les personnes souffrant d'une maladie mentale. Cela étant dit, le CLAMES est une échelle générale conçue pour mesurer la qualité de la vie et ne permet pas de refléter d'autres domaines de fonctionnement associés à certaines maladies mentales. Par exemple, les personnes qui souffrent de manie, comme dans le trouble bipolaire, ne sont pas évaluées en fonction des limites fonctionnelles associées à l'euphorie, puisque le CLAMES reflète la dépression plutôt que le bonheur sur son échelle émotionnelle. Cette limite est prise en compte au besoin.

Section A - Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont caractérisés principalement par une perturbation de l'humeur, mais d'autres perturbations mentales et somatiques peuvent exister. Ils affectent les personnes de tous âges et apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte⁷. Ils représentent l'un des groupes de maladies mentales les plus fréquentes et les plus incapacitantes au monde⁸. Les personnes présentant un trouble de l'humeur éprouvent habituellement des altérations du fonctionnement social, professionnel, scolaire ou dans d'autres domaines importants¹. Malgré la nature de long terme, parfois à vie, de certains troubles de l'humeur, il existe pour la plupart d'entre eux une pharmacothérapie et des méthodes de gestion efficaces qui aident les personnes atteintes à mener une vie normale et productive.

La présente section met en relief les trois troubles de l'humeur les plus fréquents, à savoir la dépression majeure, la dysthymie et le trouble bipolaire. Le diagnostic de la dépression majeure ou du trouble bipolaire est posé quand se produisent des « épisodes » du trouble⁷. La dépression majeure est caractérisée par des épisodes de tristesse persistante et de perte d'intérêt pour toutes ou presque toutes les activités. La dysthymie est semblable en ce sens qu'elle est caractérisée par des sentiments persistants de tristesse, mais ces sentiments sont chroniques et moins sévères. Ces troubles dépressifs (dépression majeure, dysthymie) diffèrent des troubles bipolaires en ce sens que les personnes qui en souffrent n'ont jamais eu d'épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques⁷; dans le trouble bipolaire, l'humeur alterne entre des épisodes de tristesse pathologique persistante et des épisodes de bonheur et de plaisir extrêmes (manie).

Partie 1 - Dépression majeure

La dépression majeure est caractérisée par un ou plusieurs épisodes dépressifs importants, sans antécédents de manie. Le diagnostic d'épisodes dépressifs majeurs est posé si une personne éprouve une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités pour une période d'au moins deux semaines consécutives⁷. La personne éprouve aussi au moins quatre symptômes supplémentaires reflétant un changement par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. Ces symptômes comprennent un changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et de l'activité psychomotrice, une réduction de l'énergie, des idées de dévalorisation ou de culpabilité, des difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions, ou des idées de mort récurrentes ou un comportement suicidaire⁷. De plus ces symptômes présents une partie de la journée, presque chaque jour.

La dépression majeure, également appelée dépression majeure unipolaire ou trouble dépressif majeur, est de nature épisodique. Par exemple, elle peut se manifester une seule fois (sous forme d'un épisode unique) ou (le plus souvent) être récurrente. En cas de dépression majeure récurrente, chez certaines personnes, les épisodes répétés peuvent être séparés par des périodes (pouvant durer de nombreuses années) sans symptômes, tandis que chez d'autres, les épisodes peuvent être regroupés à intervalles très fréquents. Plus de 50 % des personnes qui éprouvent un épisode dépressif majeur souffrent d'un épisode récurrent¹; en fait, le nombre d'épisodes antérieurs est fortement prédictif d'épisodes futurs. Un épisode peut durer des semaines, des mois, voire des années.

La dépression majeure se manifeste chez toutes les races et tous les groupes d'âge, quoique la première manifestation ait généralement lieu entre 15 et 30 ans. Elle est environ deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes^{1,9,10}. Au cours de toute période de 12 mois, on estime que de 2 % à 6 % de la population générale éprouveront un trouble dépressif majeur^{1,9,10,11,12,13}. Le taux de prévalence sur la durée de vie varie, les valeurs publiées allant de 2 % à 19 %^{9,13,14}, en particulier, chez les Canadiens adultes de plus de 18 ans, le taux de prévalence sur la vie est d'environ 12 %¹.

Aucune cause unique de la dépression majeure n'a encore été établie, mais divers facteurs pourraient jouer un rôle. Au cours du siècle dernier, plusieurs théories de la pathogenèse de la dépression ont été proposées. La théorie des monoamines, qui est la plus répandue, est corroborée par des résultats cliniques et de laboratoire, ainsi que par l'efficacité des antidépresseurs contemporains, qui agissent en tant qu'inhibiteurs sélectifs du recaptage des monoamines¹⁵. La théorie de la prédisposition génétique est appuyée par les études des antécédents familiaux, qui révèlent qu'une personne dont un parent proche présente le trouble est de 1,5 à 3 fois plus susceptible d'éprouver un trouble dépressif majeur^{7,16}. La présence d'autres problèmes de santé chroniques ou graves (p. ex. maladie cardiaque, cancer, diabète) augmente aussi le risque d'une dépression majeure. Enfin, une perte grave ou tout événement stressant de la vie, des problèmes financiers, ou une faible estime de soi peuvent également contribuer à la dépression majeure. Bien que la théorie des monoamines soit à l'heure actuelle celle qui prédomine, l'effet cumulé de la prédisposition génétique, des événements indésirables durant l'enfance et d'un stress permanent ou récent est considéré comme le meilleur modèle de la dépression¹⁵.

La dépression majeure est un trouble qui se soigne. Les traitements les plus répandus sont l'administration d'antidépresseurs et la psychothérapie/thérapie cognitivo-comportementale, mais c'est lorsqu'ils sont combinés qu'ils sont les plus efficaces. L'objectif du traitement est de réduire la durée et l'intensité des épisodes de dépression et de prévenir leur récurrence; un traitement d'entretien peut être nécessaire chez les personnes qui souffrent de dépression récurrente.

La dépression est associée à une augmentation des taux de mortalité, car il s'agit de l'un des plus importants facteurs de risque de suicide : jusqu'à 15 % des personnes atteintes de dépression majeure se suicident^{7,17,18}. Selon l'étude de la charge mondiale de morbidité menée par l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, la dépression majeure (unipolaire) occupait la troisième place en 2004 en ce qui concerne la charge globale de l'ensemble des maladies dans le monde, mesurée par les années de vie corrigées du facteur d'invalidité ou AVCI³, et elle devrait arriver à la deuxième place d'ici à 2030⁸.

La gravité des symptômes varie : dans le DSM-IV, les épisodes dépressifs majeurs sont classés comme étant légers, moyens ou sévères, selon le nombre de symptômes et le degré d'altération fonctionnelle au moment du diagnostic. Nous décrivons les conséquences de chaque catégorie de trouble dépressif sur l'état de santé de la personne déprimée.

Épisode dépressif majeur – Léger

CIM-9 : 296.2, CIM-10 : Épisode dépressif – Léger F32.0/Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger F33.0

Une personne souffre de dépression légère si elle ne présente que quelques ou aucuns symptômes en plus de ceux requis pour poser le diagnostic et ne présente qu'une altération mineure du fonctionnement professionnel ou social⁷. Cette définition, qui décrit une personne faisant une légère dépression, est également considérée comme décrivant un patient traité avec succès pour une dépression majeure.

Les personnes éprouvant un trouble dépressif léger ne présentent généralement aucune limitation de leur fonctionnement physique, mais ont tendance à manquer de motivation pour achever même les tâches les plus ordinaires. Sur le plan émotif, elles éprouvent constamment un sentiment de tristesse et de désespoir et peuvent manifester des idées de dévalorisation et d'incompétence. Des périodes d'anxiété et de peur sont observées. Le sommeil est souvent perturbé, ce qui cause une perte d'énergie et de la fatigue. La concentration devient difficile, de sorte que la personne est distraite et souvent indécise. Le repli social n'est pas inhabituel^{7,19}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	1

Épisode dépressif majeur – Moyen

CIM-9 : 296.2, CIM-10 : Épisode dépressif – Moyen F32.1/Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1

Une personne présentant un épisode dépressif majeur moyen éprouve des symptômes et/ou des altérations fonctionnelles compris entre ceux éprouvés dans les cas léger et sévère⁷. Une personne moyennement déprimée doit généralement faire beaucoup d'effort pour achever toute tâche, y compris une simple conversation. Elle néglige souvent ses obligations professionnelles et/ou scolaires. Son activité physique est réduite; elle présente souvent des problèmes de sommeil et d'appétit. Elle est distraite et a du mal à se concentrer et à réfléchir. La possibilité de perdre son emploi ou de perdre son rôle social ou familial intensifie le sentiment d'inadéquation, d'anxiété et de désespoir face à l'avenir¹⁹.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	4	3	2	3	2	1	1	1	1

Trouble dépressif majeur – Sévère

Code de la CIM-9 : 296.2, CIM-10 : Épisode dépressif – Sévère F32.2-3 (sans et avec symptômes psychotiques)/trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F33.2-3 (sans et avec symptômes psychotiques)

La dépression sévère est classée en deux groupes selon le DSM-IV, à savoir la dépression sévère sans caractéristiques psychotiques et la dépression sévère avec caractéristiques psychotiques⁷. Nous n'aborderons pas le dernier cas ici étant donné sa rareté relative. Pour recevoir le diagnostic de dépression sévère, une personne doit présenter plusieurs symptômes en plus de ceux requis pour un diagnostic d'épisode dépressif majeur et les symptômes doivent donner lieu à une altération importante du fonctionnement professionnel ou social⁷. Cette description se rapporte à une personne souffrant d'une dépression grave (sans caractéristiques psychotiques) qui n'est pas traitée ou dont le traitement est infructueux.

L'état de dépression sévère a des répercussions importantes sur l'état de santé de la personne. L'absence d'effort est tellement importante que les personnes souffrant de dépression sévère cessent de maintenir une bonne hygiène personnelle parce que cela représente un trop lourd fardeau. Des sentiments de tristesse et de désespoir excessifs sont éprouvés et le risque de suicide augmente avec la gravité de la dépression. Les personnes déprimées ont de la difficulté à se souvenir, à se concentrer et à prendre des décisions. Leur désir sexuel diminue et elles se retranchent presque entièrement de tout contact interpersonnel. Elles éprouvent régulièrement de l'anxiété. Des symptômes physiques, y compris des douleurs abdominales, des maux de tête tensionnels et des douleurs musculaires peuvent se manifester¹⁹.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	3	5	4	4	4	3	1	1	1	1

Partie 2 - Dysthymie

La dysthymie est caractérisé par une humeur déprimée chronique présente presque toute la journée pendant au moins deux ans, sans antécédents de manie. Durant ces périodes d'humeur déprimée, au moins deux des symptômes suivants sont également présents : perte d'appétit, augmentation excessive de l'appétit (hyperphagie), insomnie, hypersomnie, faible niveau d'énergie, fatigue, faible estime de soi, difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions, et sentiment d'impuissance⁷. En outre, ces symptômes doivent causer une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, et ne doivent pas être causés par un autre problème de santé ou par les effets physiologiques d'une substance. Les périodes asymptomatiques ne peuvent pas durer plus de deux mois consécutifs. La dysthymie est également appelée trouble dysthymique, dépression névrotique, névrose dépressive ou dépression chronique²⁰.

La dysthymie peut se manifester chez n'importe qui, mais elle est deux à trois fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes¹. Les symptômes persistent graduellement pendant de nombreuses années; la manifestation de la maladie est considérée comme précoce si la dysthymie apparaît avant l'âge de 21 ans et tardive si elle se manifeste à 21 ans ou après⁷. Sa prévalence sur la vie est comprise entre 3 % et 6 % chez les adultes canadiens de plus de 18 ans¹ et est légèrement inférieure à 3 % chez les adultes américains¹⁴. L'estimation de la prévalence sur un an de la dysthymie est comprise entre 0,8 % et 3,1 %^{12,13}.

Les causes de la dysthymie sont inconnues, mais les hypothèses quant à son étiologie sont parallèles à celles formulées pour la dépression majeure. Par exemple, la dysthymie est plus fréquente chez les apparentés biologiques du premier degré des personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur que dans la population générale⁷. Les modalités thérapeutiques sont également semblables, à savoir l'administration d'antidépresseurs et la psychothérapie ou la thérapie cognitive, fréquemment combinées. Le trouble persiste souvent des années et, par conséquent, un traitement de longue durée est parfois nécessaire et peut aider à prévenir les récurrences. Bien que le pronostic soit bon sous traitement, les personnes dysthymiques pensent souvent qu'elles ne souffrent pas de dépression (et croient plutôt qu'elles ont simplement « le cafard ») et par conséquent ne cherchent pas à se faire soigner²¹.

La définition et les caractéristiques connexes de la dysthymie ressemblent à celles de la dépression majeure : les symptômes sont les mêmes, mais sont chroniques et relativement légers (et donc, ne sont pas suffisamment sévères pour répondre aux critères de la dépression majeure)²². En outre, une personne atteinte de dysthymie est généralement plus fonctionnelle qu'une personne souffrant de dépression majeure, mais elle est particulièrement handicapée dans ses relations sociales et interpersonnelles²³. Suit la description des conséquences de la dysthymie sur l'état de santé.

Dysthymie

CIM-9 : 300.4, CIM-10 – Dysthymie F34.1

Les personnes qui souffrent de dysthymie sont généralement capables de fonctionner de manière adéquate, mais non de manière optimale. Elles éprouvent des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions, une baisse d'énergie et une humeur anxieuse et irritable. Elles manifestent souvent des perturbations du sommeil qui causent au moins un niveau léger de fatigue et de baisse d'énergie, qui peuvent parfois être plus sévères. Elles manifestent aussi des limitations du fonctionnement social dues à un retrait social et à une perte d'intérêt et de plaisir pour les choses qu'elles appréciaient auparavant (p. ex., rapports sexuels), ce qui cause des difficultés relationnelles. Des sentiments persistants de tristesse, de culpabilité, de désespoir et de dévalorisation mènent souvent la personne à croire que ces caractéristiques sont inhérentes à sa personnalité, et l'empêchent de se sentir bien dans sa peau et heureuse²¹.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	3	2	2	3	2	1	1	1	1

Partie 3 - Trouble affectif bipolaire

Le trouble bipolaire est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques, dépressifs ou mixtes. Un épisode maniaque est caractérisé par une période d'au moins une semaine durant laquelle l'humeur est anormalement élevée, expansive ou irritable. Doivent aussi être présents au moins trois des symptômes suivants : idées de grandeur (un sentiment exagéré de sa propre importance), réduction du besoin de sommeil, logorrhée, fuite des idées (la pensée passe rapidement à des idées éloignées sans progression logique), distractibilité, engagement accru dans des activités orientées vers un but, et engagement dans des activités agréables à potentiel élevé de conséquences dommageables⁷. Cette perturbation de l'humeur doit être suffisamment sévère pour entraîner une altération du fonctionnement professionnel ou social ou pour nécessiter une hospitalisation, et ne doit pas être due à un autre problème de santé ou aux effets physiologiques d'une substance⁷. Un épisode mixte, par ailleurs, est caractérisé par une période d'au moins une semaine durant laquelle les critères de l'épisode maniaque et ceux de l'épisode dépressif majeur sont satisfaits presque tous les jours, et doivent être accompagnés d'une altération importante du fonctionnement social ou professionnel ou nécessiter une hospitalisation⁷. Presque toutes les personnes atteintes d'un trouble bipolaire éprouvent également un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. C'est pour cette raison que le trouble bipolaire est également appelé dépression maniaque ou trouble maniaco-dépressif. En général, une personne souffrant d'un trouble bipolaire présente des changements d'humeur allant d'élévations sévères (manie) à des creux sévères (dépression), souvent séparées par des périodes de fonctionnement normal. Ces changements d'humeur peuvent être rapides ou progressifs²⁴.

Comme la dépression majeure, le trouble bipolaire est de nature épisodique et presque toujours récurrent; plus de 90 % des personnes qui éprouvent un épisode maniaque présenteront de futurs épisodes⁷. De surcroît, de 50 % à 70 % des épisodes maniaques surviennent immédiatement avant ou après un épisode dépressif majeur. Le profil des épisodes varie d'une personne à l'autre, mais il tend à être assez prévisible chez une personne particulière. En moyenne, les personnes atteintes d'un trouble bipolaire éprouvent quatre épisodes sur une période de dix ans⁷.

Le trouble bipolaire débute habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, l'âge moyen de l'apparition étant compris entre 20 et 25 ans⁷. Il peut se manifester chez n'importe qui indépendamment de la race ou de l'ethnicité, et est aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes^{1,9}. Le taux de prévalence sur la vie du trouble bipolaire a été évalué entre 0,2 % et 1,7 %^{7,11,13}. En particulier, chez les Canadiens adultes, des études ont indiqué une prévalence sur la vie de 2,4 % et une prévalence sur 12 mois de 1 %¹.

La cause exacte du trouble bipolaire est inconnue. Un événement marquant de la vie (comme un divorce), un problème financier, ou une maladie peut déclencher un épisode chez certaines personnes; il se pourrait que celles-ci soient plus sensibles aux facteurs de stress émotionnel et physique. Il pourrait aussi exister un déséquilibre chimique cérébral qui contribuerait à la forte tendance à une prédisposition génétique : de 80 % à 90 % des personnes souffrant d'un trouble bipolaire ont un parent proche présentant une certaine forme de dépression²⁵. Le trouble bipolaire peut survenir sans que l'on puisse repérer un facteur déclenchant manifeste.

Même si le traitement est parfois compliqué, le trouble bipolaire est hautement gérable. Le traitement médicamenteux consiste souvent à administrer des régulateurs de l'humeur (normothymiques), comme le lithium, qui sont très efficaces pour traiter la manie, et des antidépresseurs pour traiter les épisodes dépressifs. Prendre un antidépresseur sans l'accompagner d'un régulateur de l'humeur peut déclencher un épisode maniaque, de sorte que les deux médicaments sont habituellement prescrits ensemble. Un traitement psychologique est également offert pour aider la personne à déceler son profil particulier d'épisodes et à élaborer des stratégies de gestion du trouble. Étant donné la nature récurrente du trouble bipolaire, le traitement est généralement de longue durée en vue de prévenir de futurs épisodes.

Non traité, le trouble bipolaire peut exercer d'importantes pressions émotionnelles tant sur la personne atteinte que sur les membres de sa famille et ses collègues. Pourtant, 27 % seulement des personnes bipolaires sont en traitement²⁶; fréquemment, ces personnes (en phase maniaque) ne reconnaissent pas qu'elles sont malades et qu'elles ont besoin d'un traitement, parce qu'elles se sentent bien. Nous décrivons ci-après l'impact que le trouble bipolaire a sur l'état de santé de la personne pendant un épisode maniaque aigu, ainsi que quand un traitement actif est suivi. Cette information doit être combinée à la description de la dépression majeure pour interpréter complètement le processus du trouble bipolaire.

Trouble affectif bipolaire – Épisode maniaque

CIM-9 : 296.4 – 296.7, CIM-10 – F31

La présente description fait référence à une personne présentant un trouble bipolaire pendant un épisode maniaque aigu. En général les personnes qui vivent un épisode maniaque se sentent exagérément heureuses et excitées; euphoriques. Bien que la manie ne soit pas reflétée directement par l'attribut d'état émotionnel ci-dessous, l'euphorie cause de sévères limitations dans d'autres attributs. Habituellement, les personnes souffrant de manie font preuve d'une augmentation de l'estime de soi, d'un optimisme injustifié et d'un mauvais jugement qui les entraînent à s'adonner à des activités agréables à risque élevé de conséquences dommageables, telles que dépenser sans compter, ou s'adonner à une consommation abusive de substance ou à des comportements sexuels inhabituels (p. ex. infidélité ou promiscuité). Les relations sociales ont tendance à être instables; le sujet maniaque est actif, extraverti et a vraisemblablement le sentiment d'avoir beaucoup d'amis, mais se comporte de manière irrationnelle. Habituellement, il a de la difficulté à se concentrer et a des idées de grandeur, et sa pensée devient distraite, mais est beaucoup plus rapide que la normale. Son expression verbale devient incohérente à cause d'une fuite des idées – il termine rarement ses phrases parce que ses pensées évoluent trop rapidement, et parce qu'il a tendance à parler très vite. On observe aussi de l'anxiété et de l'irritabilité.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	1	1	4	4	3	2	1	1	1

Trouble affectif bipolaire – Patient bipolaire, en traitement actif

CIM-9 : 296.4 – 296.7

Cette description fait référence à une personne traitée pour un trouble affectif bipolaire, ce qui suppose que les états maniaques et dépressifs sont légers (étant donné le taux de réussite du traitement) et chroniques. Dans sa forme légère, la manie est difficile à distinguer d'une humeur simplement optimiste; la personne est plus animée et loquace que quand elle est dans un état dépressif. Cet état a néanmoins une incidence sur la qualité de la vie de la personne. Des comportements qui se font constamment concurrence peuvent être difficiles à réguler. Par exemple, durant un épisode maniaque, le besoin de sommeil diminue et l'appétit sexuel augmente, alors que durant un épisode dépressif, une fatigue persistante s'installe et l'appétit sexuel diminue. Bien que les épisodes « polaires » (c.-à-d. opposés) soient légers, ils forcent néanmoins la personne qui en souffre à composer avec des comportements opposés, ce qui se traduit par des limitations cognitives, sociales et physiques.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1

Section B - Troubles anxieux

Les troubles anxieux, dont la caractéristique essentielle est la manifestation d'épisodes d'anxiété et de peur intense, comptent parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Les épisodes anxieux sont habituellement chroniques, durent au moins six mois et s'empirent en général progressivement en l'absence de traitement. Les altérations du fonctionnement social, professionnel et/ou du rôle que la personne assume sont très fréquentes. L'administration d'anxiolytiques et la psychothérapie peuvent réduire considérablement les symptômes.

La présente section offre une description des états de santé associés aux troubles anxieux les plus courants. Le trouble panique est un trouble anxieux caractérisé par des attaques de panique inattendues et récurrentes. L'agoraphobie est un trouble qui se caractérise par une peur intense des lieux publics. Dans le DSM-IV, les personnes souffrant d'un trouble panique peuvent aussi faire de l'agoraphobie; la présente section décrit le trouble panique en l'absence d'agoraphobie, et cette dernière est présentée comme un état de santé distinct.

La phobie sociale est un trouble anxieux dans lequel le sujet craint les situations dans lesquelles il peut être jugé par des tiers. Une personne présentant un trouble d'anxiété généralisée éprouve une anxiété non provoquée persistante. Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par des pensées persistantes qui entraînent de l'anxiété et par un besoin de satisfaire une compulsion afin de soulager l'anxiété. Le trouble de stress post-traumatique est causé par le vécu d'un événement mettant la vie en danger ou d'expériences émotionnelles comparables; les flashbacks et le fait de revivre constamment un événement traumatique sont les symptômes les plus spécifiques²⁷.

Partie 1 - Trouble panique

Le trouble panique est un trouble anxieux caractérisé par des attaques de panique inattendues et récurrentes. Une attaque de panique est un épisode soudain de peur intense, accompagnée d'au moins quatre symptômes physiques, y compris des palpitations, des douleurs thoraciques, des nausées, de la difficulté à respirer/de l'essoufflement, des bouffées de chaleur ou des frissons, de la terreur, la peur de perdre le contrôle de soi ou de mourir, des distorsions sensorielles, et d'autres, dont l'intensité atteint un sommet dans les dix minutes après le début de l'attaque. En général, la personne pense qu'elle a une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et se rend au service d'urgence en pensant qu'elle est en train de mourir. Les attaques de panique se produisent souvent sans aucune raison apparente, parfois même durant le sommeil²⁸. Elles peuvent survenir plus d'une fois par jour et durent habituellement quelques minutes. Cependant, entre les attaques, la personne peut éprouver une anxiété et une peur considérables à l'idée d'avoir d'autres attaques, particulièrement en ce qui concerne le lieu ou le moment où la prochaine attaque aura lieu. Cette anxiété est vraisemblablement plus incapacitante que la panique proprement dite et peut être suffisamment intense pour déclencher une autre crise^{7,29}.

Les crises de panique occasionnelles sont assez fréquentes; toutefois, chez de nombreux adultes, l'anxiété à l'idée d'avoir d'autres crises ne se manifeste pas. Le trouble panique est diagnostiqué si la personne souffre d'attaques de panique récurrentes (au moins quatre en une période de quatre semaines), et qu'au moins l'une des attaques est accompagnée d'un ou plusieurs symptômes physiques, incluant la crainte persistante d'avoir une autre attaque, des préoccupations quant aux implications possibles ou aux conséquences de ces attaques (p. ex., avoir une crise cardiaque), ou un changement significatif de comportement en relation avec les attaques, comme quitter son emploi⁷. En plus, les attaques de paniques ne doivent pas être dues aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale générale.

Le trouble panique débute habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais les enfants et les adultes plus âgés peuvent également être affectés. Les taux de prévalence sur la vie sont de 1 % à 2 % environ⁷. Une étude menée aux États-Unis a donné un taux de prévalence sur 12 mois de 2,7 %¹² et un taux de prévalence sur la vie de près de 5 %¹⁴. Au Canada, les taux de prévalence sur 12 mois et sur la vie sont de 1,6 % et de 3,7 %, respectivement¹. Les femmes sont deux fois plus susceptibles d'être atteintes que les hommes^{7,28,30}. Bien que le trouble soit chronique, les symptômes ont tendance à croître et décroître au cours du temps : certains sujets ont des attaques fréquentes qui surviennent de manière régulière durant une période de plusieurs mois, tandis que d'autres ont des attaques moins fréquentes, séparées par des semaines et des mois (voire des années) de rémission. Les personnes qui éprouvent de la terreur à l'idée de la prochaine attaque sont susceptibles d'éviter les lieux où des attaques de panique ont eu lieu, ou ceux d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels elles ne pourraient pas trouver de secours en cas de crise de panique, ou dans lesquels elles seraient gênées si une attaque survenait. Le comportement d'évitement peut s'accroître au cours du temps et mener à l'agoraphobie (voir la section suivante), c'est-à-dire l'incapacité d'aller n'importe où au-delà d'alentours connus et sûrs à cause d'une crainte intense. L'agoraphobie peut se manifester n'importe quand durant l'évolution du trouble panique, mais elle apparaît habituellement durant la première année de la manifestation⁷. Environ le tiers des personnes atteintes d'un trouble panique deviennent agoraphobiques²⁸.

La cause exacte du trouble panique est inconnue, mais il semble qu'il existe une composante génétique; une personne dont un parent proche souffre d'un trouble panique court un risque de 10 % à 20 % plus élevé d'être dans la même situation²⁸. Les périodes ou événements stressants de la vie (p. ex. lourde charge de travail), l'excès de caféine, et/ou la consommation de stimulants peut déclencher une attaque. L'anxiété de la séparation et les traumatismes psychologiques durant l'enfance ont également été associés à la manifestation du trouble³⁰. Étant donné l'absence d'analyses de laboratoire pour diagnostiquer le trouble panique et comme les symptômes ont tendance à être semblables à ceux d'autres troubles (p. ex. crise cardiaque), il faut souvent des années pour que le diagnostic soit posé, fréquemment après des visites répétées aux services d'urgence ou chez divers médecins.

Le diagnostic et le traitement précoces sont des éléments essentiels à l'amélioration du pronostic. Cependant, de nombreuses personnes ne cherchent pas à obtenir un traitement psychiatrique tant qu'elles ne développent pas une anxiété d'anticipation ou de l'agoraphobie²⁸. Les benzodiazépines (anxiolytiques) et les antidépresseurs, y compris les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, les antidépresseurs tricycliques, et les inhibiteurs de la monoamine oxydase sont les médicaments les plus efficaces pour réduire ou éliminer les attaques de panique. Le traitement le plus efficace (donnant les taux de rechute les plus faibles) consiste à combiner un traitement médicamenteux et la psychothérapie. La thérapie cognitivo-comportementale a pour but d'apprendre au patient à examiner et à analyser ses pensées associées aux situations qu'il craint, et à se rassurer lui-même quand il est effrayé. De 70 % à 90 % des patients traités connaissent une amélioration importante de leurs symptômes³¹. Une rechute peut avoir lieu, mais les attaques récurrentes peuvent être traitées efficacement, tout comme le premier épisode

Trouble panique

CIM-9: 300.01, CIM-10 : Trouble panique F41.0

Le trouble panique est caractérisé par des épisodes inattendus et répétés de peur intense accompagnés de symptômes physiques. Bien que l'attaque de panique soit la marque du trouble panique, de nombreuses personnes manifestent une anxiété intense entre les épisodes (la phase chronique, que décrit cet état de santé), en anticipation de futures attaques. Au cours du temps, la personne peut éviter de plus en plus de lieux; sa vie peut devenir tellement restreinte qu'elle ne peut plus s'adonner aux activités quotidiennes, telles que les achats d'épicerie. Elle peut être confinée chez elle, à moins que quelqu'un en qui elle a confiance l'accompagne. Donc, elle perdra ou quittera vraisemblablement son emploi : environ 25 % seulement des personnes souffrant d'un trouble panique ont un emploi³². Des limitations du fonctionnement mental, principalement une anxiété intense et de la dépression, sont également fréquentes^{7,29}, de même que des perturbations de la concentration. L'exacerbation peut être accompagnée de symptômes somatiques tels que des douleurs thoraciques et des palpitations.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	2	2	3	3	1	1	1	1

Attaque de panique

CIM-9: 300.02

L'attaque de panique, qui est la caractéristique fondamentale du trouble panique, est décrite dans le présent état de santé comme une crise aiguë. Les attaques de panique surviennent souvent soudainement et sans avertissement, bien qu'elles puissent résulter d'un conditionnement classique. Elles sont définies par une poussée soudaine de crainte intense associée à une forte composante physique, comprenant des étourdissements, des palpitations, des frissons ou des bouffées de chaleur, de la difficulté à avaler, de la terreur, une sensation de vertige et des douleurs thoraciques. Habituellement, la personne qui éprouve une attaque de panique a l'impression de « devenir folle » ou de « perdre le contrôle de soi », et a le sentiment d'un danger imminent. Les symptômes d'une attaque de panique atteignent leur sommet dans les dix minutes, mais leur fréquence et leur sévérité varient d'une personne à l'autre^{7,29}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
4	3	3	1	4	4	4	1	1	1	1

Partie 2 - Agoraphobie

L'agoraphobie est un trouble caractérisé par une peur intense des lieux publics, particulièrement ceux dans lesquels il pourrait être difficile d'obtenir de l'aide ou desquels il pourrait être difficile de s'échapper (p. ex. un autobus ou un train), ou ceux dans lesquels la personne a eu une attaque de panique antérieurement. Les lieux suscitant le plus fréquemment de la crainte sont les ascenseurs, les ponts, les moyens de transport publics, les avions et les centres commerciaux; faire la queue ou se trouver dans une foule peut également susciter des craintes. Souvent la peur est si extrême que la personne évite ce genre d'endroit; dans les cas sévères, la personne se confine chez elle. L'agoraphobie accompagne souvent un autre trouble anxieux, surtout le trouble panique (avec éventuellement la présence d'attaques de panique). Par ailleurs, de nombreuses personnes souffrent d'agoraphobie sans antécédents d'attaques de panique³³. Les états de santé décrits à la présente section se rapportent à un cas typique d'agoraphobie en l'absence d'attaques de panique.

L'agoraphobie peut se manifester n'importe quand, mais elle débute habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte³⁴. Elle affecte de 0,5 % à 1 % de la population^{12,34,35}; le taux annuel d'incidence est d'environ 2 cas pour 1 000 personnes³⁶. Au Canada, les taux de prévalence sur 12 mois et sur la vie sont de 0,7 % et de 1,5 %, respectivement¹. Les femmes sont plus susceptibles d'être atteintes que les hommes^{34,35,36}. Le trouble devient habituellement chronique.

Selon le DSM-IV, le diagnostic d'agoraphobie est posé si la personne éprouve de l'anxiété au fait de se trouver dans des endroits d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquels elle ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. Ces situations sont soit évitées soit endurées avec une anxiété et une détresse intenses, ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant. Enfin, l'anxiété et/ou le comportement d'évitement ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental, ce qui pourrait être le cas si la personne n'évite qu'une ou deux situations et est alors considérée comme souffrant de phobie sociale ou d'une autre phobie⁷.

Les causes de l'agoraphobie sont inconnues, mais plusieurs facteurs de risque ont été relevés, y compris le fait de présenter un trouble panique ou un trouble lié à l'usage de l'alcool ou d'autres substances, vivre un événement stressant de la vie, être de sexe féminin, ou manifester une tendance à la nervosité ou à l'anxiété³⁷. Une étude de l'incidence de l'agoraphobie a montré que l'existence d'un trouble panique antérieur est le prédicteur le plus puissant; le fait d'avoir d'autres phobies est également un prédicteur³⁶. Une autre étude a révélé que les personnes présentant des problèmes de santé chroniques subséquents et celles veuves ou divorcées/séparées (par opposition à celles mariées) couraient un risque plus élevé d'agoraphobie³⁵.

Le traitement de l'agoraphobie est important en vue d'améliorer le pronostic³⁸, mais souvent, les personnes atteintes sont trop craintives ou trop gênées pour chercher à se faire soigner. Le traitement est particulièrement éprouvant, parce qu'il consiste souvent à demander à la personne de faire face à ses peurs et, subséquemment, d'apprendre à fonctionner convenablement. Le traitement est souvent fructueux et débute par l'administration de médicaments conjugués à une psychothérapie. Des anxiolytiques et des antidépresseurs sont fréquemment prescrits. La thérapie cognitive comportementale aide la personne à mieux connaître le trouble, la façon d'y faire face et la façon de le contrôler (c.-à-d. de contrôler ce qui l'empire). La thérapie de désensibilisation est une forme de thérapie d'exposition dans laquelle la personne imagine les situations qui lui font peur (ou y fait face), en procédant par ordre, de celles qui suscitent le moins de crainte à celles qui en suscitent le plus, afin de modifier le comportement indésirable³⁷. En général, le succès du traitement dépend de la sévérité du trouble³³.

Agoraphobie (modérée)

CIM-9: 300.2, CIM-10 – Agoraphobie F40.0

Sous sa forme modérée, l'agoraphobie est une phobie relativement incapacitante qui cause un haut niveau d'anxiété. Les sujets ne se sentent en sûreté que dans un nombre limité de lieux et de situations, ou doivent être accompagnés par un ami ou un membre de la famille en qui ils ont confiance. Par conséquent, ils se sentent impuissants et dépendants d'autrui. En outre, leurs possibilités de vie sociale et professionnelle sont limitées ou évitées^{7,33}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	2	2	3	3	1	1	1	1

Agoraphobie (sévère)

CIM-9: 300.2, CIM-10 – Agoraphobie F40.0

Les personnes qui souffrent d'agoraphobie sévère présentent un niveau extrême d'anxiété et évitent les lieux et situations qu'elles craignent le plus. En fait, elles sont souvent confinées chez elles. Elles sont incapables de quitter les lieux sûrs et les personnes en qui elles ont confiance. Par conséquent, elles sont incapables de travailler ou d'avoir des relations sociales en dehors de leur domicile et se sentent détachées et éloignées des autres. Si elles sont forcées de subir une situation qu'elles craignent, elles éprouvent une anxiété intense et une terreur considérable, se mettent à transpirer, ou ont des palpitations ou de l'hypertension. Des nausées, des douleurs abdominales, de la diarrhée et des maux de tête sont également fréquents. Elles peuvent aussi éprouver les symptômes d'une attaque de panique : étourdissements, vertiges, bouffées de chaleur, douleurs thoraciques, difficultés à avaler, et un sentiment de perte de contrôle de soi^{7,33}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	2	2	4	4	1	1	1	1

Partie 3 - Phobie sociale

La phobie sociale, également appelée trouble d'anxiété sociale, est caractérisée par une peur des situations dans lesquelles un sentiment de gêne ou d'humiliation devant d'autres personnes peut survenir. Il existe généralement deux sous-types de phobie sociale, l'un comprenant une peur de parler devant des gens, qu'il s'agisse de prendre la parole en public ou simplement de parler à une personne en situation d'autorité, et l'autre correspondant à une anxiété plus généralisée et des peurs plus complexes, telles que celles de manger en public ou d'utiliser des toilettes publiques, et dans ces cas, les sujets peuvent éprouver de l'anxiété en présence de n'importe qui d'autre que des membres de la famille³⁹. L'anxiété devient pire quand la personne anticipe/redoute de devoir faire quelque chose d'embarrassant et donc de se singulariser ou d'être ridiculisée. Même si la personne est consciente que son anxiété est excessive et irrationnelle, elle ne peut la surmonter. Par conséquent, elle essaye désespérément d'éviter ce genre de situation, ce qui interfère avec ses activités professionnelles ou scolaires, ou d'autres activités quotidiennes. Dans les cas extrêmes, la personne finit par éviter toutes les situations sociales, ou à les endurer en éprouvant une détresse intense, ce qui la pousse à se replier sur elle-même et à s'éloigner même de ses amis et de sa famille.

La phobie sociale est l'un des troubles anxieux les plus fréquents⁴⁰, et compte parmi les maladies psychiatriques les plus courantes⁴¹. Son taux de prévalence sur la vie varie de 3 % à 13 %^{1,7,14,42}; au Canada, les taux sont compris entre 8 % et 13 %^{1,43}. Le taux de prévalence sur un an est de 6,7 % au Canada⁴³ et d'environ 7 % aux États-Unis¹². Environ la moitié de tous les cas appartiennent au sous-type de la crainte de prendre la parole et l'autre moitié, au sous-type de craintes complexes⁴³. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter le trouble^{40,42,43,44}. La phobie sociale apparaît habituellement durant l'enfance ou au début de l'adolescence^{7,44}, c'est-à-dire une période critique pour le développement des compétences sociales; rarement, elle se développe plus tard à l'âge adulte⁴⁴. Son évolution se fait habituellement sur un mode chronique et elle dure fréquemment toute la vie; selon certaines estimations, sa durée moyenne est d'environ 20 ans³⁸. Les symptômes peuvent fluctuer en fonction des facteurs de stress et des exigences de la vie, et disparaître pendant une période indéterminée.

Selon le DSM-IV, le diagnostic de phobie sociale est posé s'il existe une peur intense et persistante d'une situation durant laquelle le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et que l'exposition à la situation provoque de l'anxiété. La personne réalise que cette peur est excessive et irrationnelle, mais évite néanmoins la situation ou s'y soumet mais en éprouvant une anxiété ou une détresse intense. Pour que le diagnostic soit posé, il faut que le comportement d'évitement ou la détresse cause des altérations importantes de la routine quotidienne de la personne, ou de son fonctionnement professionnel et social. En outre, la peur de doit pas être due aux effets psychologiques d'une substance ou d'une affection médicale⁷. Enfin, si la personne a moins de 18 ans, les symptômes susmentionnés doivent s'être manifestés pendant au moins six mois.

La cause exacte de la phobie sociale est inconnue, mais il semble que les personnes ayant des parents proches présentant le trouble courent un plus grand risque d'en souffrir elles-mêmes, ce qui suggère une prédisposition génétique^{7,38,40,41}. Les facteurs familiaux et environnementaux, en particulier durant la petite enfance, jouent vraisemblablement un rôle également : style d'éducation des enfants – des parents surprotecteurs peuvent limiter l'exposition de l'enfant à des situations posant un défi ou stressantes, auquel cas l'enfant n'acquiert pas de compétences d'adaptation efficaces, ce qui donne lieu à de l'anxiété et à un comportement d'évitement; le modelage (social) sur les parents/les pairs – un enfant peut observer les réactions et comportements de ses parents ou amis et développer les mêmes peurs; inhibition comportementale – la plupart des personnes souffrant de phobie sociale étaient des enfants timides et étaient toujours mal à l'aise face à d'autres personnes⁴¹. Il est possible qu'un événement gênant, humiliant ou traumatique précède le trouble, auquel cas la personne acquiert la peur de cette situation particulière.

Le diagnostic et le traitement précoces de la phobie sociale sont essentiels à l'amélioration du pronostic et à la prévention d'une comorbidité entre la phobie sociale et d'autres troubles. Cependant, de nombreuses personnes atteintes de phobie sociale ne cherchent pas à se faire soigner⁴², probablement parce qu'elles sont gênées de rendre visite à un professionnel ou parce qu'elles pensent que la timidité fait partie de leur personnalité ou est simplement un problème social plutôt qu'un problème de santé mentale^{38,42}. Afin d'échapper à l'anxiété constante, ces personnes s'automédicamentent en consommant de l'alcool, parce qu'elles sont conscientes que celui-ci peut réduire leur anxiété de performance^{41,42}; les taux de phobie sociale sont neuf fois plus élevés chez les personnes qui abusent de l'alcool⁴¹. L'administration de médicaments et la psychothérapie sont des traitements efficaces. La thérapie cognitivo-comportementale, en particulier la thérapie d'exposition, apprend progressivement à la personne à se sentir plus à l'aise dans les situations qu'elle redoute. Des techniques de contrôle de l'anxiété, telles que des exercices de relaxation/respiration, sont également enseignées. La thérapie de soutien de groupe et familiale sont de bons moyens de renseigner les autres au sujet du trouble.

Phobie sociale

CIM-9: 300.23, CIM-10 – Phobie sociale F40.1

Les personnes qui souffrent de phobie sociale éprouvent de l'anxiété intense et redoutent toute situation dans laquelle d'autres personnes pourraient les juger. Des symptômes physiques, y compris des palpitations, un rougissement ou des tremblements accompagnent souvent l'anxiété, ce qui peut être une source d'humiliation supplémentaire. Les personnes ayant une phobie sociale craignent constamment d'avoir l'air ridicule devant les autres; par exemple, quand elles doivent parler en public, elles ont peur de la gêne due au fait que les autres remarquent que leurs mains ou leur voix tremblent. En outre, leur anxiété peut se manifester des jours ou des semaines avant la situation sociale et persister des jours ou des semaines après la situation (les personnes sociophobes éprouvent constamment un sentiment de culpabilité et s'inquiètent constamment de ce que les autres pensent d'elles et de leur performance/de la façon dont elles sont jugées). Cela a des conséquences énormes sur la santé. Le fonctionnement social et professionnel sont les domaines les plus touchés par ce trouble; il est probable que la personne sociophobe ait de la difficulté à se faire des amis ou à sortir avec quelqu'un à cause de la peur de la situation; au travail, les débouchés peuvent être limités et la personne peut refuser des promotions afin d'éviter des situations plus sociales. Une anxiété sévère peut pousser la personne à éviter toutes les situations sociales, comme abandonner l'école ou quitter son travail, dans un effort désespéré pour éviter le regard du public. Une faible estime de soi et la solitude en découlent souvent. Les personnes atteintes de phobie sociale courent un risque accru de dépression et de suicide.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	2	2	4	3	1	1	1	1

Partie 4 - Trouble d'anxiété généralisé

Le trouble d'anxiété généralisé se caractérise par un état d'inquiétude généralisée et permanente excessive qui est accompagné de symptômes somatiques, tels qu'une tension musculaire. Les personnes souffrant d'anxiété généralisée se posent constamment la question « et si? » et redoutent le pire dans chaque situation. Cette crainte est exagérée et irréaliste, rien de particulier ne l'ayant provoquée. Les préoccupations quotidiennes, telles que celles concernant le travail, la santé ou les finances, peuvent entraîner un malaise et une détresse prononcés^{7,45}.

L'anxiété généralisée est le trouble anxieux le plus général de sa catégorie, et l'un des plus fréquents. Elle affecte environ 3 % de la population générale durant une année donnée^{7,12}; la prévalence sur la vie est d'environ 5 %^{7,14}. Les femmes sont plus susceptibles d'en souffrir que les hommes^{7,46,47}. Le plus souvent, l'anxiété généralisée débute durant l'enfance ou à l'adolescence, mais son apparition à l'âge adulte n'est pas rare. Sa manifestation est habituellement progressive, les symptômes se développant vraisemblablement plus lentement que ceux d'autres troubles anxieux^{46,48}. Un événement stressant de la vie peut causer le début des symptômes⁴⁹. Les symptômes ont habituellement une évolution chronique, avec des épisodes d'exacerbation, surtout durant les périodes de stress, et de rémission. Bien que les personnes souffrant d'anxiété généralisée déclarent avoir éprouvé de l'anxiété toute leur vie, le sujet de leur inquiétude peut changer au cours de l'évolution du trouble.

Selon le DSM-IV, le diagnostic de trouble d'anxiété généralisée est posé si la personne éprouve une anxiété et des soucis excessifs au sujet des circonstances de la vie (événements ou activités, tels que travail ou études), survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois. En outre, la personne éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations. L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois des symptômes suivants : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout; fatigabilité; difficulté de concentration; irritabilité; tension musculaire; perturbation du sommeil. Ces symptômes causent une altération cliniquement significative dans d'importants domaines de fonctionnement, et ne sont pas le résultat des effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale⁷. Habituellement, la combinaison et la sévérité des symptômes varient.

L'anxiété généralisée n'a pas de cause exacte connue, mais un certain nombre de facteurs y contribuent vraisemblablement. D'aucuns ont suggéré que le trouble d'anxiété généralisée possède une composante génétique^{7,47,48}. Il pourrait y avoir une perturbation des neurotransmetteurs du cerveau (en particulier la sérotonine et la norépinéphrine). Le cumul de situations stressantes ou le fait d'avoir une maladie grave peut déclencher l'anxiété. Certains types de personnalité enclins à l'anxiété ou aux soucis, ou à des sentiments d'insécurité peuvent aussi augmenter le risque de manifester le trouble.

Les personnes qui souffrent d'anxiété généralisée veulent se faire soigner. Les deux traitements les plus fréquents sont la prise de médicaments et la psychothérapie, qui peuvent être administrés seuls ou conjugués. Les benzodiazépines (anxiolytiques) réduisent bien les symptômes, mais créent une forte dépendance et ne peuvent par conséquent être prises que pendant de brèves périodes. La buspirone, qui est un autre anxiolytique, est également efficace et peut être utilisée de manière continue⁴⁶. La thérapie cognitivo-comportementale peut aider la personne à reconnaître ses pensées et comportements négatifs, et à les remplacer par des pensées et comportements positifs. Durant la thérapie du comportement, les anxieux généralisés apprennent des techniques, telles que la relaxation, qu'ils peuvent utiliser pour faire face à l'anxiété et la réduire. La thérapie d'exposition peut également être utilisée pour réduire les stimuli causant l'anxiété et aider le sujet à affronter ses craintes. Même si aucun traitement n'est universellement le meilleur, l'anxiété généralisée est traitable et une rémission est possible.

Trouble d'anxiété généralisée (modéré)

CIM-9: 300.02, CIM-10 – Anxiété généralisée F41.1

Les personnes souffrant d'anxiété généralisée éprouvent des soucis et une tension exagérés et chroniques, même si rien ne semble les provoquer. L'anxiété persistante qu'ils ressentent est beaucoup plus sévère que l'anxiété normalement éprouvée par l'individu moyen. En général, les personnes souffrant d'anxiété généralisée anticipent toujours une catastrophe et se soucient de manière excessive de leur santé, de leur famille ou de leur travail. Même si les anxieux généralisés peuvent connaître des périodes durant lesquelles ils ne sont pas dévorés par leurs soucis, ils sont anxieux constamment. Les personnes qui présentent un cas modéré d'anxiété généralisée n'évitent habituellement pas les situations qui peuvent les faire souffrir d'anxiété; au contraire, nombre d'entre elles peuvent mener une vie sociale relativement productive et garder un emploi⁴⁵.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	3	2	3	3	1	1	1	1

Trouble d'anxiété généralisée (sévère)

CIM-9: 300.02, CIM-10 – Anxiété généralisée F41.1

Les personnes qui souffrent d'anxiété généralisée sévère éprouvent de l'anxiété au sujet des petites et des grandes choses, telles que le travail, les finances, la réparation d'une automobile. Elles se font constamment du souci et leur anticipation d'un désastre les mène à restreindre leurs activités de la vie quotidienne afin d'éviter des situations qui les rendent anxieuses. Même les tâches quotidiennes les plus simples peuvent être difficiles à maîtriser. Il est probable qu'un pourcentage relativement élevé de personnes souffrant d'anxiété généralisée sévère soient en chômage⁵⁰. L'anxiété généralisée entraîne souvent une dépression parce que la personne est frustrée de ne pas pouvoir contrôler son anxiété. Le manque de concentration et la fatigue sont fréquentes parce que la personne est incapable de se relaxer et a de la difficulté à s'endormir ou à rester endormie. Elle peut éprouver un sentiment d'appréhension ou une perte générale d'intérêt pour la vie⁴⁵.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	3	2	4	4	1	1	1	1

Partie 5 - Trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), comme son nom l'indique, est caractérisé par des obsessions, des compulsions, ou, le plus souvent, les deux. Les obsessions sont des pensées persistantes, indésirables, qui entraînent une anxiété intense, et, habituellement, la personne a une envie irrésistible de s'adonner à des comportements répétitifs, ressemblant à un rituel (c.-à-d. des compulsions) afin de soulager et de contrôler l'anxiété. Cependant, les compulsions ne soulagent l'anxiété que temporairement et peuvent en fait contribuer à une détérioration du fonctionnement, parce qu'elles commencent à exercer un contrôle sur la personne. Par conséquent, cette dernière éprouve souvent une souffrance personnelle importante et/ou des limitations sociales et professionnelles^{7,51}.

Les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif apparaissent habituellement durant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et se manifestent plus précocement chez les garçons que chez les filles. Le début est habituellement progressif. Durant l'enfance, le trouble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles^{7,52}; par contre, chez les adultes, il affecte autant les femmes que les hommes. Le taux de prévalence sur la vie du trouble obsessionnel-compulsif est environ de 2 %^{7,12,53,54,55}; le taux de prévalence sur un an est légèrement inférieur. L'évolution du trouble a habituellement lieu sur un mode chronique et de rechute, avec une symptomatologie croissante et décroissante au cours du temps. Les symptômes prédominants varient et peuvent différer au cours du trouble⁵⁶. Si la personne ne se fait pas soigner, le trouble a tendance à empirer au cours du temps et avec l'âge. Il est donc crucial de diagnostiquer le trouble obsessionnel-compulsif afin que la personne puisse obtenir le traitement qui convient. Cependant, il s'agit d'un trouble très secret : les personnes qui présentent un trouble obsessionnel-compulsif sont souvent gênées de leurs obsessions et de leurs compulsions, et peuvent essayer d'éviter les symptômes ou d'y résister. Souvent, elles ont un sentiment d'humiliation et, par conséquent, n'essayent pas d'obtenir de l'aide auprès d'un professionnel. Malheureusement, on note un décalage de l'ordre de dix ans entre le début des symptômes et le moment où la personne cherche à obtenir de l'aide, l'obtention d'un diagnostic et/ou d'un traitement correct pouvant prendre jusqu'à sept ans⁵⁷.

Le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif est posé si la personne éprouve des obsessions ou des compulsions d'une façon qui excède de loin la normale. Par définition, les obsessions sont des pensées récurrentes et persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées, et qui entraînent une anxiété et une souffrance importantes⁷. (Ces pensées ne peuvent pas être simplement des soucis excessifs au sujet des problèmes de la vie réelle, car elles seraient alors considérées comme appropriées.) La personne essaye d'ignorer ou de neutraliser ses pensées en pensant à quelque chose d'autre ou en faisant quelque chose d'autre. Enfin, la personne est consciente que ses pensées obsessionnelles sont le produit de son esprit. Les compulsions sont définies comme étant des comportements répétitifs ou des actes mentaux qui sont effectués de manière rigide en réponse à une obsession⁷. Ces comportements sont destinés à prévenir ou à réduire la souffrance ou à empêcher qu'une situation redoutée se produise, mais sont détachés de la réalité et extrêmement excessifs. En plus du critère de la présence d'obsessions ou de compulsions, la personne doit reconnaître que ces comportements sont excessifs ou déraisonnables pour que le diagnostic soit posé. En outre, les obsessions ou les compulsions doivent entraîner une perte de temps (prendre au moins une heure par jour), causer une souffrance prononcée et nuire au fonctionnement professionnel ou social normal. Enfin, ces symptômes ne doivent pas être dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une affection médicale générale⁷. Il importe de souligner que, selon les critères du DSM-IV, la présence soit d'obsessions ou de compulsions seulement est requise (par opposition aux deux). Cependant, chez la plupart des personnes, les compulsions sont associées à des obsessions, en dépit du fait que les personnes souffrant d'un trouble obsessionnel peuvent ne pas présenter de comportements compulsifs. Toutefois, il est rare qu'un diagnostic soit posé sans la présence de rituels compulsifs⁵⁴.

Les personnes souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif sont conscientes que leurs obsessions et leurs compulsions n'ont pas de sens et essaient habituellement d'y résister. Néanmoins, l'envie d'exécuter le rituel est irrésistible, et l'anxiété et la souffrance augmentent s'il n'est pas exécuté. L'obsession la plus fréquente est celle concernant la contamination par de la saleté ou des microbes (également appelée misophobie). La personne essaye donc d'éviter toutes les sources de contamination, telles que les poignées de porte. La compulsion qui y est associée (et la plus courante) consiste à se laver, à se doucher ou à nettoyer abondamment, parfois pendant des heures par jour. La souffrance mentale à l'idée d'être contaminé peut être soulagée une fois que la peau est à vif à force d'avoir été trop lavée. Une autre obsession commune est celle des doutes répétés; par exemple, la personne se demande constamment si elle a laissé la porte de la maison non verrouillée ou si elle a éteint la cuisinière. La compulsion associée consiste à vérifier. La personne craint que, si elle ne vérifie pas suffisamment minutieusement, cela pourrait faire du mal aux autres. Cette vérification donne souvent lieu à un doute plus intense, et elle vérifie de nouveau. La personne peut même demander à des membres de la famille ou à des amis de vérifier également pour s'assurer que cela a bien été vérifié correctement. Ce doute entraîne une difficulté à se concentrer et une incertitude permanente. Par conséquent, la personne peut même ne pas se rendre au travail, parce qu'elle vérifie constamment la situation. D'autres obsessions communes comprennent des préoccupations de symétrie, requérant que les objets ou les événements soient rangés ou surviennent dans un certain ordre, ou un sentiment que quelque chose d'horrible ou dangereux se produira si un rituel particulier n'est pas exécuté. D'autres compulsions communes comprennent le fait de compter, de classer, d'accumuler des choses, de répéter des actes et d'exiger ou de demander des réassurances. Les compulsions de lavage, de vérification et de rangement sont particulièrement fréquentes chez les enfants⁷.

La cause exacte du trouble obsessionnel-compulsif est inconnue. Une composante génétique est soupçonnée, puisque les apparentés biologiques de premier degré des personnes atteintes ont un risque plus élevé de développer le trouble⁷. Une activité cérébrale anormale, y compris un mauvais fonctionnement du système à sérotonine, pourrait aussi y être associée^{52,53}. D'autres ont également laissé entendre que le conditionnement comportemental joue un rôle dans le développement (et le maintien) du trouble : les compulsions sont le résultat de réponses apprises destinées à réduire ou à éviter l'anxiété causée par l'obsession associée; c'est cette compulsion qui renforce négativement le cycle obsessionnel-compulsif⁵². Toutefois, chez la plupart des patients recevant un traitement, on constate une amélioration importante des symptômes et de la qualité de vie, particulièrement le fait que les symptômes ne perturbent plus le fonctionnement ou ne causent plus de souffrance intense. On prescrit souvent des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (antidépresseurs) qui réduisent les symptômes obsessionnels-compulsifs⁵¹. Une thérapie du comportement peut également être prescrite en vue d'apprendre à la personne à faire face aux situations qui causent son anxiété et d'essayer de la désensibiliser. En étant exposée de façon répétée à la situation qui provoque l'anxiété, la personne peut finir par ne plus la redouter. Cela, à son tour, peut prévenir de futurs épisodes de trouble obsessionnel-compulsif. La thérapie du comportement a également pour but d'enseigner à la personne des techniques lui permettant d'éviter le rituel compulsif et de faire face à l'anxiété. L'éducation des patients et des membres de leur famille est un élément essentiel au succès du traitement⁵⁸.

Trouble obsessionnel-compulsif (modéré)

CIM-9: 300.3, CIM-10 - Trouble obsessionnel-compulsif F42

Les personnes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) modéré souffrent intensément d'obsessions et de compulsions récurrentes, indésirables, qu'elles ont le sentiment de ne pas pouvoir contrôler. Souvent, les obsessions/compulsions entraînent une perte de temps excessive; même s'habiller peut prendre des heures. Donc, ces obsessions/compulsions perturbent le fonctionnement quotidien de la personne. Les limitations du fonctionnement social et professionnel sont les plus courantes; les personnes souffrant d'un TOC sont parfois incapables d'assumer leurs responsabilités normales, à cause du temps que prend l'exécution du rituel. Leur bien-être psychologique est affecté par l'anxiété et la souffrance extrêmes qu'elles éprouvent. Elles souffrent souvent de dépression. Leurs relations avec les parents, la famille et les amis sont affectées, probablement à cause de conflits qu'elles suscitent en forçant d'autres personnes à participer à leurs comportements ritualisés. La concentration et d'autres tâches mentales sont vraisemblablement perturbées par les pensées obsessionnelles^{7,51}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	3	2	2	3	3	1	1	1	1

Trouble obsessionnel-compulsif (sévère)

ICIM-9: 300.3, CIM-10 - Trouble obsessionnel-compulsif F42

Les personnes qui présentent un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) sévère souffrent des mêmes limitations qu'une personne dont le trouble est modéré, mais à plus grande échelle. L'anxiété et la souffrance sont extrêmement intenses. Les préoccupations concernant les obsessions et/ou les compulsions perturbent presque tous les domaines de fonctionnement général. Les altérations du fonctionnement social et professionnel peuvent causer une faible estime de soi, restreindre les aspirations professionnelles, poser des problèmes conjugaux, susciter de la culpabilité, de la dépression, des perturbations du sommeil, voire même une plus grande anxiété. L'évitement des objets ou des situations qui provoquent l'anxiété peut faire en sorte que la personne finit par se confiner chez elle^{7,51}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	3	2	2	4	4	1	1	1	1

Partie 6 - Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est causé par un événement traumatique sortant du domaine normal des expériences humaines, comme le viol, l'agression, la torture, l'enlèvement ou la mise en captivité, le combat militaire, les accidents automobiles graves, ainsi que les catastrophes naturelles ou causées par l'homme. En général, l'événement traumatique correspond au vécu personnel ou par des tiers d'un événement pouvant causer une blessure grave ou représentant une menace de blessure grave, et cause des sentiments intenses de peur, d'impuissance et/ou d'horreur. Le trouble émotionnel résulte de l'anxiété, de la dépression, des flashbacks récurrents, de la difficulté à dormir et à se concentrer, et du sentiment de culpabilité d'avoir survécu alors que d'autres ne l'ont pas fait^{7,59,60}.

La prévalence sur la vie du trouble de stress post-traumatique est d'environ 8 % de la population générale^{7,14,61}; la prévalence sur 12 mois aux États-Unis est de 3,5 %¹². Le trouble est plus susceptible de se manifester chez les femmes que chez les hommes^{39,61}. Le TSPT peut survenir à n'importe quel âge et devenir un état chronique. Tout de suite après l'événement traumatique, la personne devient détachée ou étrangement indifférente, parce qu'en général, elle est en état de choc. Peu après, elle connaît des images ou des pensées récurrentes de l'événement traumatique sous forme de cauchemars ou de flashbacks. Ceux-ci peuvent être déclenchés par un simple événement ordinaire, tel qu'un moteur automobile ayant de ratés (qui ressemblent au bruit d'une arme à feu) qui ont tendance à être si réalistes que la personne pense qu'elle revit la situation. Habituellement, les symptômes commencent à se manifester dans les trois mois après l'événement traumatique, et durent au moins un mois. Dans de rares cas, le délai entre l'événement et l'apparition des symptômes peut aller jusqu'à un an. Environ la moitié des personnes présentant un trouble de stress post-traumatique se rétablissent complètement dans les trois à six mois après l'apparition des symptômes, mais d'autres peuvent éprouver ceux-ci pendant des années. La gravité du trouble est plus grande si l'événement traumatique était inattendu. Le trouble peut aussi être plus sévère ou de plus longue durée si l'événement traumatique a été causé par une autre personne, comme dans le cas d'un viol ou d'un enlèvement⁷. Chez l'homme, les événements traumatiques le plus souvent associés à un TSPT sont la participation à des combats ou l'observation de combats; chez la femme, ce sont le viol et l'agression sexuelle qui sont les plus fréquents⁶¹.

Six critères sont utilisés pour diagnostiquer le trouble de stress post-traumatique. Premièrement, la personne doit avoir été exposée à un événement traumatique durant lequel des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée, et avoir réagi en manifestant une peur intense ou un sentiment d'horreur. Deuxièmement, l'événement traumatique est constamment revécu, d'au moins l'une des façons suivante : souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse, impression ou agissements soudains comme si l'événement traumatique allait se reproduire (c.-à-d., flashbacks), sentiment intense de détresse, ou réactivité physiologique, lors de l'exposition à des indices ressemblant à un aspect de l'événement en cause. Troisièmement, la personne persiste à éviter les stimuli qui sont associés au traumatisme, comme en témoignent les manifestations suivantes : effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme, y compris les efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme, l'incapacité de se rappeler d'un ou de plusieurs aspects importants du traumatisme, une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien de la participation à ces activités, le sentiment de détachement ou d'éloignement d'autrui, la réduction de la capacité à ressentir des émotions, particulièrement des sentiments d'intimité, et/ou le sentiment d'un avenir « bouché » (p. ex. l'impression de ne pas pouvoir faire carrière). Quatrièmement, la personne éprouve des symptômes persistants d'une activation neurovégétative non présente avant le traumatisme, comme en témoigne la présence de certaines des manifestations suivantes : difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère, difficulté à se concentrer, hypervigilance, et/ou réaction de sursaut exagérée. Cinquièmement, les symptômes éprouvés durent plus d'un mois. Enfin, sixièmement, les symptômes entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines⁷.

La cause du trouble de stress post-traumatique est souvent évidente : il s'agit d'un événement traumatique qui déclenche des sentiments de terreur et cause des flashbacks. Les facteurs qui ont une incidence sur la probabilité de manifester le trouble comprennent la gravité, la durée et la proximité de l'exposition de la personne à l'événement traumatique^{7,62}. C'est chez les personnes qui ont cru qu'elles allaient être tuées ou gravement blessées durant l'événement traumatique que le risque est le plus élevé⁶³. Certains pensent toutefois qu'il existe une susceptibilité au trouble d'origine génétique^{7,39}. En outre, les troubles mentaux préexistants, le manque de soutien social, les expériences vécues durant l'enfance, la dépression et les traits de personnalité (p. ex., névrosisme) peuvent augmenter le risque de manifester un trouble de stress post-traumatique.

Le diagnostic précoce du trouble de stress post-traumatique est essentiel à l'amélioration du pronostic; les personnes qui en souffrent encore un an après l'événement traumatique se rétablissent rarement complètement^{60,61}. Les traitements du trouble de stress post-traumatique peuvent réduire les symptômes et les patients doivent être traités avec l'objectif de long terme d'une rémission complète. Les médicaments efficaces comprennent les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) et/ou les antidépresseurs tricycliques; les benzodiazépines sont également efficaces. Les ISRS semblent être l'option de première intention pour le traitement de long terme du trouble de stress post-traumatique chronique⁶⁴. La psychothérapie, en particulier la thérapie cognitivo-comportementale, est également efficace; les personnes apprennent comment modifier leurs schémas de pensée en vue de surmonter l'anxiété. Les groupes de soutien sont également recommandés en vue de partager avec d'autres les pensées et les sentiments concernant l'événement traumatique et d'y faire face avec plus de confiance. Dans certains cas, le traitement doit se poursuivre pendant plusieurs années afin de prévenir une rechute.

Trouble de stress post-traumatique

CIM-9: 309.81, CIM-10 - Trouble de stress post-traumatique F43.1

Le présent état de santé fait référence à une personne chez laquelle on a diagnostiqué un trouble de stress post-traumatique chronique (c.-à-d. des symptômes qui ont duré plus de trois mois) et qui ne suit aucun traitement pour le trouble. Les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique revivent le traumatisme en pensées et en sentiments sous forme de cauchemars ou de flashbacks. Elles sont susceptibles d'éviter les situations qui leur rappellent l'événement, ce qui peut perturber leur fonctionnement interpersonnel et induire des sentiments de détachement. Les anniversaires de l'événement sont particulièrement difficiles³⁹. La dépression, l'anxiété et les perturbations du sommeil sont des conséquences habituelles du traumatisme. La personne éprouve une culpabilité douloureuse du fait d'avoir survécu alors que d'autres ne l'ont pas fait, ou à cause des choses qu'elle a dû faire pour survivre. Elle peut se sentir particulièrement coupable si elle a dû observer une autre personne subissant une blessure grave ou une mort non naturelle. L'hyperactivation neurovégétative est également typique; les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique sursautent facilement et sont en état d'alerte excessif, irritables, agressives et parfois même violentes. Elles éprouvent également de la difficulté à se concentrer et des pertes de mémoire.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	2	4	3	3	1	1	1	1

Section C - Troubles diagnostiqués durant l'enfance

Les troubles décrits à la présente section, qui sont les troubles mentaux les plus fréquents durant l'enfance, comprennent le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), le trouble autistique, le syndrome d'Asperger et le trouble d'anxiété de séparation. Chacun de ces troubles est, par définition, diagnostiqué avant l'âge de 18 ans. Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité affecte environ 5 % de la population d'âge scolaire et contribue à un mauvais rendement scolaire, à des troubles des conduites et à des difficultés dans les relations familiales et avec les amis^{7,65,66}. Le trouble autistique et le syndrome d'Asperger sont des troubles envahissants du développement (TED) qui sont caractérisés par des déficiences importantes dans des domaines particuliers du développement, tels que les interactions sociales et la communication, ainsi que par la présence d'un comportement, d'activité ou d'intérêt stéréotypé⁷. La distinction entre le trouble autistique et le syndrome d'Asperger est généralement fondée sur la sévérité : le trouble autistique se trouve à l'extrémité de fonctionnement la plus basse du continuum des TED, tandis que le syndrome d'Asperger se trouve à l'extrémité de sévérité la plus faible et de fonctionnement la plus haute du continuum^{7,67,68}. Enfin, le trouble d'anxiété de séparation est un trouble typique de l'enfance caractérisé par la peur d'être seul ou de l'absence d'une personne à laquelle l'enfant est attaché, habituellement un parent.

Partie 1 - Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est caractérisé par de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité, et est l'un des troubles mentaux les plus fréquents chez l'enfant^{7,65,66}. Les garçons sont trois fois plus susceptibles que les filles d'en souffrir⁶⁶. Les symptômes du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité apparaissent habituellement entre trois et cinq ans, mais sont généralement plus prononcés à l'école primaire et persistent souvent à l'âge adulte. En fait, le diagnostic persiste à l'adolescence chez environ 75 % des cas et à l'âge adulte chez plus de la moitié des cas⁶⁹. On a montré que la sévérité du TDA/H et son traitement durant l'enfance sont des prédicteurs de la présence du trouble à l'âge adulte⁷⁰. Les limitations fonctionnelles décrites à la présente section montrent l'état de santé d'un enfant chez lequel on a diagnostiqué un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité; celles associées au trouble chez l'adulte ne sont pas reflétées ici.

Le diagnostic clinique du TAD/H selon le DSM-IV est basé sur la présentation et la persistance des symptômes. Selon les symptômes (tableau clinique) qui prédominaient au cours des six derniers mois, le diagnostic peut correspondre à l'un de trois sous-types. Un sujet reçoit le diagnostic de TDA/H – type inattention prédominante s'il présente six des symptômes d'inattention suivants ou plus : souvent incapable de prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs scolaires ou d'autres tâches; a de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou les activités; donne l'impression de ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement; n'arrive pas à terminer ses tâches ou ne se conforme pas aux consignes; a souvent de la difficulté à organiser ses travaux et ses activités; soit évite, déteste ou hésite à entreprendre les tâches qui requièrent un effort soutenu (p. ex., travail scolaire, devoirs à domicile); égare souvent les choses qui sont nécessaires pour accomplir les tâches ou les activités; est facilement distrait par des stimulations externes; et/ou a des oublis fréquents dans la vie quotidienne. Un sujet reçoit le diagnostic de TDA/H – type hyperactivité-impulsivité prédominante s'il présente six ou plus des symptômes suivants d'hyperactivité ou d'impulsivité : a souvent la « bougeotte » ou se contorsionne sur son siège; est souvent incapable de rester assis quand il le faudrait; court ou grimpe souvent partout dans des situations où cela est inapproprié; a de la difficulté à jouer calmement; est souvent « sur la brèche » ou comme « monté sur des ressorts »; parle souvent excessivement; laisse souvent échapper la réponse avant même que la question n'ait été entièrement posée; a de la difficulté à attendre son tour; ou a souvent tendance à interrompre les autres ou à imposer sa présence. Le troisième sous-type est le TDA/H – type mixte, dans lequel le sujet présente au moins six des symptômes d'inattention et au moins six des symptômes d'hyperactivité-impulsivité. Les autres critères pour poser ce diagnostic sont que certains symptômes (qui causent une altération fonctionnelle) doivent avoir été présents avant l'âge de sept ans et que l'altération fonctionnelle liée au symptôme doit être manifeste dans au moins deux types d'environnement différents (p. ex. à la maison et à l'école). Enfin, il doit être évident que les symptômes causent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, et qu'ils ne surviennent pas au cours d'un autre trouble mental, ou qu'ils ne soient pas mieux expliqués par un autre trouble mental⁷.

La majorité des enfants atteints d'un TDA/H ont le type mixte⁷; par conséquent, ce sous-type est celui qui est décrit à la présente section.

Les causes sous-jacentes du TDA/H sont inconnues à l'heure actuelle. Certains pensent qu'il a son origine dans le milieu familial (c.-à-d. permettre à l'enfant de regarder trop la télévision ou de consommer trop de sucre), mais il est probable qu'il existe des influences génétiques; le TDA/H est plus fréquent chez les apparentés biologiques de premier degré des enfants qui présentent le trouble que dans la population générale^{7,71}. Les facteurs non génétiques qui pourraient être associés au TDA/H comprennent la naissance prématurée, l'exposition à des concentrations élevées de plomb durant la petite enfance, des traumatismes cérébraux, ainsi que la consommation d'alcool ou de tabac par la mère. Selon certaines théories, le TDA/H a pour origine un problème de développement du cerveau qui donne lieu à une insuffisance de maîtrise de soi et d'inhibition⁷¹.

À l'heure actuelle, le traitement du TDA/H considéré comme étant le plus efficace est une combinaison de pharmacothérapie et de psychothérapie, de thérapie du comportement, et/ou de counselling émotionnel. La Ritaline (un méthylphénidate à action brève), qui est le médicament le plus utilisé, aide à réduire l'hyperactivité et à accroître la capacité à se concentrer, à travailler et à apprendre. D'autres médicaments ayant des effets similaires comprennent la dextroamphétamine (Dexadrine ou Dextrostat), la pémoline (Cylert) et Adderall. Le médicament ne doit pas être pris indéfiniment et son administration est souvent interrompue pour évaluer l'état de l'enfant. La psychothérapie est un autre mode de traitement qui aide les sujets présentant un TDA/H à apprendre de nouveaux comportements qui accroîtront leur estime de soi et des moyens de faire face aux effets émotionnels du TDA/H. Les parents sont parfois invités à recevoir une formation afin d'apprendre des techniques leur permettant de gérer le comportement de leur enfant⁷².

Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité – type mixte

CIM-9: 314.01, CIM-10 - Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité F90.0

Le présent état de santé décrit un enfant chez lequel on a posé le diagnostic de TDA/H – type mixte et qui est traité par l'administration d'un médicament psychostimulant (c.-à-d. Ritalin). L'insomnie et la perte d'appétit sont les deux effets secondaires les plus fréquents. Les principaux symptômes du TDA/H – type mixte sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Les enfants présentant ce trouble ont de la difficulté à maintenir leur attention sur une tâche particulière et peuvent s'ennuyer après quelques minutes seulement. La concentration, l'organisation et l'achèvement des tâches (particulièrement une nouvelle tâche) sont difficiles. Par conséquent, l'enfant obtient de mauvaises notes et souffre d'une mauvaise performance scolaire, et fait plus souvent l'objet de renvoi temporaire ou permanent, ce qui crée des conflits avec les parents et les professeurs (et d'autres autorités scolaires). L'hyperactivité est caractérisée par le fait d'avoir la « bougeotte », et de se tortiller sur son siège, de passer d'une tâche à l'autre, et de parler trop. L'impulsivité se manifeste par de l'impatience : l'enfant peut ne pas réfléchir avant d'agir, ce qui peut le mener à participer à des activités susceptibles d'être dangereuses sans tenir compte des conséquences. En général, les personnes atteintes du trouble ont de la difficulté à s'adapter aux demandes de la vie sociale et, souvent, n'arrivent pas à atteindre les objectifs qu'elles se fixent. Les enfants présentant un TDA/H ont aussi de la difficulté à se faire des amis et à les garder, et leurs relations familiales sont difficiles. L'enfant présentant un TDA/H est souvent puni parce qu'il a un comportement perturbateur et est considéré comme paresseux ou irresponsable à cause de son manque d'application⁷¹. Dans certains cas, le développement de la motricité fine et globale peut être légèrement altéré⁷³. Nombre de ces enfants éprouvent plus de symptômes dépressifs que les enfants ne présentant pas le trouble⁷⁴.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1

Partie 2 - Troubles envahissants du développement

Les troubles envahissants du développement (TED) causent une altération importante dans plusieurs domaines du développement, dont les capacités d'interactions sociales, les capacités de communication verbale et non verbale, et/ou la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés⁷. En général, ces déficiences deviennent évidentes à mesure que l'enfant n'atteint pas les jalons de développement appropriés comparativement aux autres enfants du même âge. Dans la majorité des cas, le diagnostic est posé avant l'âge de trois ans.

Le DSM-IV décrit cinq TED, possédant chacun ses propres critères diagnostiques, à savoir le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement sans précision⁷. Ces troubles envahissants du développement sont définis en se fondant sur le nombre et le type de symptômes présents, lesquels peuvent varier de légers à sévères, ou sur l'âge du début des symptômes. La présente section décrit les états de santé associés à un diagnostic de trouble autistique et de syndrome d'Asperger, car il s'agit des troubles envahissants du développement les plus fréquents.

Partie 2a - Trouble autistique

Le trouble autistique est un trouble envahissant du développement qui dure toute la vie et affecte tous les aspects du développement mental. Sur le continuum des TED, il se trouve à l'extrémité opposée au syndrome d'Asperger et comporte un niveau de fonctionnement plus faible. En particulier, le trouble autistique est caractérisé par une altération des interactions sociales et de la communication, ainsi que des modes de comportement qui sont répétitifs et restreints. Il s'agit du TED le plus fréquent, les taux de prévalence variant de 2 à 24 pour 10 000 personnes^{7,75,76,77}. Les taux sont de quatre à cinq fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes^{7,78}. Bien que le début du trouble autistique soit habituellement antérieur à l'âge de trois ans, chez la plupart des enfants, il n'est pas diagnostiqué avant l'âge de quatre ans^{76,78}, parce que les symptômes sont difficiles à déceler durant la petite enfance. Les signes éventuels durant la prime enfance comprennent le manque de contacts visuels et/ou de mimiques faciales, l'absence de réaction à la voix des parents et un manque de réflexe de protection en cas de chute. Les symptômes deviennent plus perceptibles à mesure que s'accroît le retard de développement de l'enfant comparativement aux autres enfants du même âge.

Le trouble autistique est défini en introduisant la notion de troubles du spectre autistique, parce qu'il affecte chaque personne différemment et à des degrés divers. Environ 30 % des personnes présentant un trouble autistique ont un fonctionnement élevé (ont un QI normal)⁷⁵, tandis que la majorité présentent au moins un certain degré de retard mental^{75,77}. Au moins la moitié des autistes apprennent à parler, mais nombre d'entre eux sont muets. Ceux qui peuvent parler ont tendance à utiliser le langage de façon inhabituelle : certains ne sont pas capables de combiner les mots pour former des phrases sensées; certains répètent les mots comme le ferait un perroquet (écholalie); d'autres ne sont capables de prononcer que des mots isolés.

Le diagnostic du trouble autistique est fondé sur l'observation du niveau de communication, de comportement et de développement du sujet. Le diagnostic est posé si le sujet présente au moins six des caractéristiques suivantes : 1) altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants : a) altération marquée des comportements non verbaux; b) incapacité d'établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement; c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs ou ses intérêts avec d'autres personnes; d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle; 2) altération qualitative de la communication, comme en témoignent au moins un des éléments suivants : a) retard ou absence totale du développement du langage parlé; b) (chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage), incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui; c) usage bizarre ou répétitif du langage; d) absence d'un jeu de « faire semblant » ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement approprié; et 3) au moins un des éléments

suivants témoignant du caractère restreint et répétitif des comportements : a) préoccupation circonscrite à des centres d'intérêt restreints, anormale dans son intensité ou dans son orientation; b) adhésion inflexible à des habitudes ou à des rituels non fonctionnels; c) maniérismes moteur répétitifs; d) préoccupation persistante pour certaines parties des objets. En plus de ces éléments, le trouble doit se manifester, avant l'âge de trois ans, par un retard ou un caractère anormal du fonctionnement dans au moins un des domaines suivants : interaction sociale, langage nécessaire à la communication sociale, ou jeu symbolique ou imaginaire. Enfin, ces perturbations ne sont pas mieux expliquées par le diagnostic de syndrome de Rett ou de trouble désintégratif de l'enfance⁷.

Bien que l'on n'ait cerné aucune cause précise du trouble autistique, il existe des preuves d'une forte composante génétique. Les estimations courantes du caractère héréditaire sont supérieures à 90 %^{79,80}, mais aucun gène particulier n'a été découvert. Les parents qui ont déjà un enfant autiste courent un risque accru d'avoir un autre enfant autiste, ce risque s'établissant autour de 3 % (taux plus de 50 fois plus élevé que dans la population générale)^{77,81,82}. Ce risque s'étend à d'autres formes de TED, tel que le syndrome d'Asperger. Les facteurs non génétiques sont associées à une perturbation du développement normal du cerveau et interviennent habituellement avant la naissance. L'exposition prénatale à une infection virale, la prise d'anticonvulsivants par la mère et l'hypothyroïdisme ou d'autres affections médicales de la mère en sont des exemples^{83,84,85}.

Il existe plusieurs modalités de traitement du trouble autistique. Les interventions consistent habituellement en un programme d'éducation spécialisée, hautement structuré, adapté à l'individu. Ces interventions ont pour cibles particulières la communication, les compétences sociales, le jeu, la cognition et l'indépendance. Les individus présentant des perturbations sévères peuvent nécessiter une formation destinée à leur apprendre comment gérer les besoins et tâches de la vie quotidienne. Des médicaments peuvent être prescrits pour traiter les symptômes particuliers, si ceux-ci posent une menace pour l'enfant ou interfèrent avec son éducation⁸⁶, comme un comportement agressif ou d'automutilation. Les approches comportementales sont axées sur la récompense de l'enfant chaque fois qu'il essaye d'acquiescer ou maîtrise une nouvelle compétence, afin de l'encourager à le faire plus souvent. La participation des parents à tout programme thérapeutique accroît les chances de réussite. En général, plus le traitement débute tôt, plus nombreuses sont les possibilités d'apprentissage; à son tour, le taux de développement de l'enfant, particulièrement l'acquisition de compétences et du langage, peut s'améliorer⁸³.

Trouble autistique

CIM-9: 299.0, CIM-10 Autisme infantile – F84.0

Les personnes ayant un trouble autistique éprouvent des déficiences importantes de communication; tenir une conversation sensée peut être extrêmement difficile. La capacité à communiquer donne lieu à un sentiment de frustration – la personne peut ne pas être capable d’indiquer aux autres ce dont elle a besoin et par conséquent peut simplement crier ou jeter des objets. La capacité auditive est habituellement normale, même si certains autistes agissent comme s’ils étaient sourds; certains d’entre eux sont particulièrement sensibles (souvent douloureusement) aux sons. L’interaction sociale est également limitée. Bien qu’il soit difficile d’estimer les limitations fonctionnelles associées à l’usage des mains et des doigts, leurs habiletés motrices fines sont habituellement sous-développées et ne sont pas utilisées de façon appropriée, ou les deux. Les autistes ont beaucoup de difficulté à nouer des liens avec autrui et sont souvent taquinés et tourmentés par leurs pairs. Ils ont tendance à préférer la solitude, offrent peu de contacts visuels, voire aucun et ne réagissent pas aux sollicitations verbales ou aux méthodes d’enseignement ordinaires. Certains manifestent un comportement agressif à l’égard des autres ou d’eux-mêmes; les crises de colère ne sont pas inhabituelles chez les jeunes enfants. Souvent, les sujets autistes ont un intérêt obsessif pour un objet, une idée ou une personne unique. Ils ont tendance à établir leur propre routine et rituel, s’adonnent à des activités répétitives (p. ex. se balancer ou se cogner la tête) et résistent à toute modification de leur routine quotidienne (p. ex. ils peuvent être très contrariés si l’on a déplacé leur brosse à dents). Ils peuvent avoir de la difficulté à marcher, à se baigner ou à s’habiller en raison de leur comportement rigide^{7,83,85}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	3	1	1	4	5	1	4	1	1	2

Partie 2b - Syndrome d'Asperger

Le syndrome d'Asperger, qui désigne le trouble le plus léger, situé à l'extrémité du fonctionnement le plus élevé du continuum des troubles envahissants du développement, est caractérisé par un retard du développement des compétences et des comportements sociaux. Bien qu'il présente certaines similarités avec le trouble autistique, il existe aussi certaines différences très importantes. Les modes de comportement et les activités inhabituellement restreints et répétitifs, ainsi qu'une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale sont des caractéristiques communes au syndrome d'Asperger et au trouble autistique. Cependant, alors que les personnes atteintes d'un trouble autistique ont tendance à être socialement isolées, celles présentant le syndrome d'Asperger ont le désir de s'approcher des autres. En outre, alors que les autistes ont tendance à se préoccuper de certaines parties des objets ou de rituels, les sujets ayant le syndrome d'Asperger sont plus susceptibles de s'absorber totalement dans un sujet à l'apprentissage duquel ils peuvent consacrer un nombre incalculable d'heures. En outre, un enfant ayant le syndrome d'Asperger ne présente pas les mêmes retards qu'un enfant autiste dans les domaines du développement cognitif ou de l'acquisition du langage^{67,68}.

Le diagnostic de syndrome d'Asperger est posé si le sujet manifeste une altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants : a) altération marquée de comportements non verbaux multiples, tels que le contact visuel ou les mimiques faciales; b) l'incapacité à établir des relations avec les pairs au niveau de développement approprié; c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs ou ses intérêts avec d'autres personnes; et/ou d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. Le sujet présente aussi des modes de comportement restreints, répétitifs et stéréotypés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants : une préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation; une adhésion inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels; des maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex. battement des mains ou des doigts); et/ou de préoccupations persistantes pour certaines parties des objets. Ces symptômes causent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines. Enfin, il n'existe pas de retard cliniquement significatif du langage ou du développement cognitif, ni du développement en fonction de l'âge, des capacités d'autonomie, du comportement adaptatif ou de la curiosité pour l'environnement⁷.

La prévalence du syndrome d'Asperger est comparable à celle du trouble autistique; le taux observé de prévalence du syndrome d'Asperger varie de 2,5 à 36 cas pour 10 000 personnes^{75,87}, les garçons étant quatre fois plus susceptibles que les filles de présenter le trouble^{7,87}. Le trouble débute habituellement entre deux et six ans, mais il n'est souvent reconnu que plus tard (âge moyen au diagnostic autour de 7 à 11 ans)^{88,89}, et parfois aussi tard que le début de l'âge adulte. Cette situation est vraisemblablement due au fait que l'acquisition du langage et les compétences cognitives sont considérées comme étant normales; ce n'est que quand l'enfant entre au jardin d'enfants que les difficultés sociales deviennent évidentes. Souvent, ces difficultés sociales deviennent plus frappantes avec le temps⁷. On a constaté que les enfants présentant des altérations sévères du langage reçoivent un diagnostic plus tôt (1,2 ans) que les autres enfants, tandis que ceux ayant une déficience auditive reçoivent le diagnostic plus tard (10 mois) que les autres enfants⁸⁸. Comme pour le trouble autistique, aucune cause unique n'a été établie, mais il existe vraisemblablement une composante génétique. Le risque de présenter le syndrome d'Asperger et d'autres troubles du spectre autistique est plus élevé chez les membres de la famille d'un enfant affecté⁷.

Bien que la majorité des personnes présentant le syndrome d'Asperger voient s'améliorer leur état avec l'âge, un diagnostic et un traitement précoces sont souhaitables pour optimiser le pronostic de long terme. Le traitement le plus efficace du syndrome d'Asperger consiste à associer de multiples thérapies et à les adapter aux besoins de l'enfant en matière de développement et de comportement. La psychothérapie, la modification du comportement, les programmes d'apprentissage de la sociabilité, ainsi que la formation et le soutien offert à la famille/aux parents sont des interventions qui aident le sujet et les membres de sa famille à mieux faire face à l'évolution des demandes et des objectifs sociaux^{90,91,92,93}. Des interventions dans le domaine de l'éducation (c.-à-d. des services d'enseignement

spécial) peuvent être nécessaires, particulièrement quand l'objectif est d'intégrer le sujet dans une salle de classe ordinaire^{68,94}. Certaines interventions pharmacologiques peuvent être indiquées pour alléger les symptômes connexes du syndrome d'Asperger, tels que l'hyperactivité ou la dépression. Souvent, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger atteignent un niveau élevé de scolarité, obtiennent un emploi et vivent de manière autonome.

Syndrome d'Asperger

CIM-9: 299.8, CIM-10 – Syndrome d'Asperger F84.5

Une personne ayant le syndrome d'Asperger présente des retards de développement des compétences et du comportement sociaux. Contrairement au trouble autistique, dans le syndrome d'Asperger, le développement du langage est normal : les sujets sont susceptibles de posséder un vocabulaire étendu et la plupart ont de solides compétences verbales. Souvent, le langage est pédant (accentuation excessive des détails) et formel. On note toutefois certaines difficultés dans le domaine de la communication non verbale, comme les mimiques faciales ou gestuelles. La communication verbale peut être altérée, vraisemblablement à cause du dysfonctionnement social : souvent, le sujet ne respecte pas les règles conventionnelles de la conversation et poursuit/maintient un sujet qui n'est peut-être pas approprié. Sur le plan mental, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ont une intelligence (QI) moyenne ou supérieure à la moyenne. Souvent, elles manifestent une préoccupation intense au sujet d'un thème particulier d'intérêt, sur lequel elle accumule un grand nombre de faits et d'information. Chez certaines personnes, cette préoccupation persiste jusqu'à l'âge adulte et sert de fondement à leur carrière; chez d'autres, ce domaine de préoccupation sera remplacé par un autre. Une certaine maladresse et de mauvaises aptitudes motrices peuvent être présentes, particulièrement en ce qui concerne l'usage des mains et des doigts. De nombreuses personnes qui ont le syndrome d'Asperger ont tendance à se balancer ou à faire les cent pas en se concentrant; on note aussi souvent la présence d'hyperactivité. Les personnes ayant le syndrome présentent fréquemment un comportement répétitif et restreint, ainsi qu'une résistance au changement. Elles sont habituellement considérées comme socialement maladroites; elles éprouvent des difficultés dans les interactions sociales, semblent ne pas chercher à partager leurs intérêts ou leurs expériences, ont tendance à ne pas être conscientes de ce qui se passe dans leur entourage, et sont égocentriques. Malgré leur désir de s'intégrer socialement, elles sont souvent perçues par leurs pairs comme étant étranges et, par conséquent, souffrent d'isolement social, de rejet par les pairs et sont fréquemment victimes d'intimidation. À l'âge adulte, les interactions sociales s'améliorent généralement, mais les demandes liées au mariage (et/ou au fait de vivre avec d'autres) et au travail avec d'autres personnes peuvent poser des difficultés^{7,67,68}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2

Partie 3 - Trouble d'anxiété de séparation

Le trouble d'anxiété de séparation (TAS) est habituellement diagnostiqué durant l'enfance ou l'adolescence, et est caractérisé par une anxiété excessive concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché (p. ex. les parents). Bien qu'il existe durant l'enfance une période au cours de laquelle il est approprié sur le plan du développement (de 12 à 24 mois) d'éprouver une anxiété de séparation, les sujets présentant un trouble d'anxiété de séparation éprouvent une anxiété extrême au cours de longues périodes. Ils deviennent manifestement effrayés de quitter une personne à laquelle ils sont attachés parce qu'il craignent que, s'ils sont séparés, quelque chose de négatif se produira qui les empêchera d'être réunis, comme un décès ou un accident. L'enfant qui présente un trouble d'anxiété de séparation peut faire des crises de colère ou éprouver une attaque de panique. Nombre d'entre eux refusent de participer à des activités en dehors de la maison; environ 75 % des sujets atteints refusent d'aller à l'école⁹⁵. Par conséquent, le trouble d'anxiété de séparation perturbe de façon significative le fonctionnement scolaire et social.

Le trouble d'anxiété de séparation se développe généralement au milieu de l'enfance, mais peut apparaître précocement avant l'âge de six ans⁷. Rarement, il peut se manifester à l'âge adulte. Le trouble est souvent diagnostiqué pour la première fois quand l'enfant entre à l'école. Les taux de prévalence sur la vie sont compris entre 3 % et 5 %^{7,14,95,96,97,98}; la prévalence diminue avec l'âge. Le trouble d'anxiété de séparation est plus fréquent chez les filles que chez les garçons^{7,98,99}. La plupart des enfants atteints d'un trouble d'anxiété de séparation en guérissent; dans environ le tiers des cas, le trouble persiste à l'âge adulte⁹⁸. L'évolution habituelle comprend des périodes d'exacerbation et de rémission. Plus le nombre de symptômes de trouble d'anxiété de séparation est élevé, plus le trouble est susceptible de persister. En outre, les sujets chez lesquels le trouble persiste ont tendance à recevoir au moins un autre diagnostic de trouble comorbide¹⁰⁰.

Selon le DSM-IV, pour poser le diagnostic de trouble d'anxiété de séparation, le sujet doit éprouver une anxiété excessive concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles il est attaché. L'anxiété doit être inappropriée par rapport au stade du développement et doit être manifestée par au moins trois des éléments suivants : détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou une personne à laquelle le sujet est attaché, ou en anticipation de telle situation; crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver; crainte excessive et persistante de se perdre ou qu'un autre événement ne vienne séparer pour toujours le sujet de la principale figure d'attachement; réticence ou refus persistant d'aller à l'école ou ailleurs en raison de la peur de la séparation; appréhension aux réticences excessives et persistantes à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement; réticence ou refus persistant de dormir sans être à proximité de l'une de principales figures d'attachement ou refus de dormir en dehors de la maison; cauchemars répétés ayant pour thème la séparation; et/ou plaintes somatiques répétées (p. ex. maux de tête, nausées) lors de la séparation d'avec une personne à laquelle le sujet est attaché ou en anticipation d'une telle situation. Ces symptômes doivent avoir été présents pendant au moins quatre semaines et avoir débuté avant l'âge de 18 ans. Enfin, les perturbations dues au trouble d'anxiété de séparation causent une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel ou dans d'autres domaines⁷.

Le trouble d'anxiété de séparation peut se manifester après un événement très stressant, tel que le décès d'un parent. Bien que l'on n'ait cerné aucune cause particulière, il existe certaines preuves que le développement du trouble possède une composante génétique; les études sur les jumeaux et sur l'adoption ont montré que les enfants dont un parent proche biologique présente le trouble sont plus susceptibles de le manifester également que la population générale^{7,96,97}. Les facteurs parentaux semblent également jouer un rôle; le trouble d'anxiété de séparation est plus fréquent chez les enfants des femmes atteintes d'un trouble panique⁷, ou d'autres troubles anxieux ou dépressifs^{96,97}. Les sujets ayant un trouble d'anxiété de séparation présentent habituellement eux-mêmes d'autres troubles anxieux ou dépressifs, particulièrement le trouble d'anxiété sociale et le trouble panique⁹⁷.

Le mode de traitement le plus répandu du trouble d'anxiété de séparation est la psychothérapie. La thérapie cognitivo-comportementale a pour but d'apprendre à l'enfant à reconnaître que ses craintes et ses pensées anxieuses ne sont pas réalistes et à élaborer des stratégies d'adaptation appropriées pour réduire l'anxiété. La thérapie d'exposition est une forme de psychothérapie dans laquelle le sujet est exposé progressivement à la séparation causant l'anxiété (en augmentant lentement la distance par rapport aux parents ou à d'autres figures d'attachement importantes). Cela oblige l'enfant ayant un trouble d'anxiété de séparation à faire face à ses craintes dans l'objectif de réduire son anxiété au cours du temps. La thérapie familiale peut également être indiquée; les parents peuvent en apprendre davantage au sujet du trouble et de ses conséquences, et comment aider leur enfant à faire face à de nouvelles situations et à éviter de le critiquer indûment. L'offre de récompenses et de félicitations est parfois efficace. En général, un traitement médicamenteux n'est nécessaire que si le sujet présente des symptômes résistant à une tentative de psychothérapie; un antidépresseur peut être utile si le sujet est également déprimé⁹⁷.

Trouble d'anxiété de séparation

CIM-9: 309.21, CIM-10 - Angoisse de séparation de l'enfance F93.0

Le trouble d'anxiété de séparation se manifeste principalement chez les enfants. Les sujets qui en souffrent deviennent excessivement effrayés de quitter une personne chère, habituellement un parent, et sont préoccupés par la pensée que des choses effrayantes pourraient survenir pendant qu'ils sont séparés (p. ex., que la figure d'attachement ou eux-mêmes puissent mourir ou être blessés). S'il anticipe une séparation, le sujet est nerveux et peut pleurer ou se cramponner à la personne chère. Des attaques de panique ne sont pas inhabituelles. Parfois, le sujet peut frapper la personne le forçant à la séparation. Une fois séparé, le sujet atteint d'anxiété de séparation éprouve habituellement des symptômes physiques en plus de son anxiété marquée, dont des maux de tête, des maux d'estomac, des nausées et des vomissements. Par conséquent, il peut refuser d'aller à l'école ou de participer à des activités en dehors de la maison et, donc, s'isoler socialement. Ces réactions (crises de colère) à l'égard des figures d'attachement quand il est forcé de s'en séparer suscitent de la frustration et du ressentiment chez les parents et des conflits familiaux. Des altérations du fonctionnement social et personnel sont fréquentes. Le sujet peut éprouver de la dépression, de la difficulté à se concentrer et des perturbations du sommeil.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	1	2	3	3	1	1	1	1

Section D - Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires sont caractérisés par des perturbations graves du comportement alimentaire. Ils apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et affectent dix fois plus souvent les femmes que les hommes^{1,7}. Selon des études récentes, la prévalence des troubles des conduites alimentaires les plus fréquents est de 0,3 % à 1 % pour l'anorexie mentale (anorexia nervosa) et peut-être trois fois plus élevés pour la boulimie (bulimia nervosa)^{7,101,102}. La prévalence de l'anorexie mentale entièrement définie chez les jeunes femmes et les jeunes hommes est de 0,04 % et 0 %, respectivement; pour la boulimie, la prévalence est de 0,3 % chez les jeunes femmes et de 0,2 % chez les jeunes hommes¹⁰³. Bien que l'hyperphagie soit plus fréquente chez tous les groupes d'âge, l'anorexie mentale et la boulimie sont plus incapacitantes et deviennent plus souvent un sujet d'observation médicale. Donc, nous discutons à la présente section des deux troubles de conduite alimentaire les plus fréquents, les mieux définis et les plus incapacitantes.

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires caractérisé par le refus de maintenir un poids corporel normal. La boulimie est un trouble des conduites alimentaires caractérisé par la consommation excessive d'aliments en une seule fois (boulimie) suivi d'un effort en vue de compenser l'alimentation excessive en éliminant les aliments de l'organisme.

Les personnes atteintes d'anorexie mentale ou de boulimie ont en commun une altération de la perception de la forme et du poids corporel, une insatisfaction marquée à l'égard de leur corps et la crainte de gagner du poids. Toutefois, les personnes anorexiques ont souvent le sentiment de maîtriser leur alimentation et leur poids corporel, tandis que les boulimiques ont le sentiment de ne pas avoir de contrôle. En outre, les personnes boulimiques ont souvent un poids corporel normal, tandis que les personnes anorexiques ont généralement un poids inférieur à la fourchette de poids santé.

Les personnes présentant un trouble des conduites alimentaires ont souvent une attitude perfectionniste à l'égard de l'école et du travail, une faible estime de soi et une perception déformée de leur image corporelle. Les athlètes féminines sur lesquelles des pressions sont exercées pour qu'elles soient minces (p. ex. gymnastes, nageuses) sont particulièrement vulnérables. Bien que l'on ne connaisse pas les causes du développement d'un trouble des conduites alimentaires, divers facteurs interviennent vraisemblablement. Les opinions sociétales et les médias ont tendance à communiquer le message que la minceur est attirante, ce qui peut contribuer à une distorsion de l'image corporelle. Les apparentés de premier degré des personnes ayant un trouble des conduites alimentaires sont plus susceptibles de présenter eux-mêmes ce genre de trouble, ce qui donne à penser qu'il existe une prédisposition génétique^{7,104}. Enfin, les personnes souffrant d'autres troubles émotionnels ou psychologiques, particulièrement l'abus de substances, de troubles de la personnalité ou des troubles de l'humeur (dépression), courent un plus grand risque de manifester un trouble des conduites alimentaires.

En général le traitement consiste en une combinaison d'éducation en matière de nutrition et de psychothérapie, y compris le counselling individuel et familial. L'administration de médicaments peut également être utile. Le traitement le plus efficace est celui qui commence dès le début de l'évolution de la maladie¹⁰⁵.

Il existe deux sous-types d'anorexie mentale : le premier est le type restrictif dans lequel le sujet obtient la perte de poids essentiellement par la restriction alimentaire, le jeûne ou l'exercice physique excessif, et ne présente pas régulièrement des crises de boulimie ou le recours à des comportements de purge (vomissements provoqués ou usage inapproprié de laxatifs, de diurétiques ou de lavements); le deuxième est le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs, dans lequel le sujet présente, de manière régulière des crises de boulimie et/ou un comportement de purge (au moins hebdomadairement)⁷. Les critères d'anorexie mentale de la CIM-10 comprennent une sous-alimentation dangereuse et l'exercice comme principales composantes (et les crises de boulimie et le comportement de purge ne sont pas pris en considération); par contre, les crises de boulimie et de purge sont incluses



dans les critères de diagnostic de la boulimie de la CIM-10⁶. Par conséquent, bien qu'il soit admis que les deux types de troubles puissent alterner, l'état de santé décrit à la présente section représente celui d'une personne souffrant d'anorexie mentale de type restrictif.

Les limitations fonctionnelles associées au comportement de boulimie et de purge sont décrites dans l'état de santé d'une personne atteinte de boulimie, conformément aux critères de la CIM-10. Il convient de souligner que de nombreuses personnes manifestent des combinaisons de symptômes de troubles de l'alimentation qui ne suffisent pas pour poser le diagnostic d'anorexie mentale ni de boulimie; ces personnes sont alors classées dans la catégorie « trouble des conduites alimentaires non spécifié »⁷.

Partie 1 - Anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble mental qui se manifeste principalement chez les femmes (90 % des cas ou plus)⁷ et qui est caractérisé par le refus de maintenir un poids corporel normal, une peur intense de devenir obèse qui ne diminue pas malgré la perte de poids, une déformation de l'image corporelle donnant lieu au sentiment d'être obèse. Il s'agit de l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents chez les jeunes femmes¹⁰⁶.

L'anorexie mentale affecte de 0,3 % à 1 % des femmes^{101,102}. Elle débute habituellement du milieu à la fin de l'adolescence, par un comportement commençant vraisemblablement par ressembler à la poursuite d'un régime amaigrissant et évolue vers une perte extrême, dangereuse pour la santé. La personne se sous-alimente sévèrement et continue de faire de l'exercice excessif pour continuer de perdre du poids. Malgré la perte de poids extrême, elle continue à se voir obèse, se retranche de la société et est préoccupée par les aliments. De 20 % à 30 % des sujets font des tentatives de suicide¹⁰⁷. L'évolution du trouble et la sévérité des symptômes sont fort variables; certaines personnes peuvent ne vivre qu'un seul épisode, tandis que d'autres fluctuent entre prises de poids et rechutes, et certaines éprouvent des symptômes chroniques pendant de nombreuses années⁷. À un moment donné durant l'évolution de l'anorexie mentale, plus de 50 % des sujets manifestent des symptômes boulimiques, habituellement dans les cinq premières années¹⁰⁸, mais cette évolution ne sera pas décrite ici. À l'heure actuelle, on ne connaît aucune mesure de prévention.

Conformément au DSM-IV, le diagnostic clinique d'anorexie mentale est posé si les critères suivants sont satisfaits : refus de maintenir un poids corporel minimum normal (poids corporel inférieur à 85 % du poids attendu) ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance; peur intense de prendre du poids ou de devenir gros; altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle; et aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (chez les femmes post-pubères)⁷.

Aucune cause précise de l'anorexie mentale n'a été établie; il est vraisemblable que le trouble soit dû à de multiples facteurs. On observe un risque accru chez les apparentés biologiques du premier degré des personnes atteintes d'anorexie mentale^{7,104} qui laisse entendre l'existence d'une composante génétique. Les opinions de la société quant à la minceur peuvent également jouer un rôle. Certains traits de personnalité (c.-à-d. perfectionnisme) peuvent exercer une influence ou être une conséquence de l'anorexie mentale¹⁰⁹. Le dépistage et l'intervention précoces améliorent le pronostic. Environ la moitié des personnes qui développent complètement les symptômes d'anorexie mentale se rétablissent dans les cinq ans¹¹⁰; selon les estimations, de 5 % à 20 % d'entre elles décèdent de complications de l'anorexie mentale^{7,111}. La malnutrition qui résulte de l'anorexie prive l'organisme des nutriments essentiels dont il a besoin pour fonctionner normalement et, par conséquent, ralentit le processus de conservation d'énergie. Chez les femmes prépubères, la menstruation peut être retardée⁷. La sous-alimentation peut également affecter la plupart des organes. Les taux d'œstrogènes sont faibles. On peut aussi observer de la constipation, des douleurs abdominales, de la léthargie, de la bradycardie et de la frilosité. Le déséquilibre électrolytique est l'une des séquelles les plus dangereuses¹¹². Au cours du temps, des problèmes de procréation, de l'ostéoporose, la persistance d'un faible IMC et une dépression majeure peuvent se manifester. Le décès peut avoir pour cause le suicide, la sous-alimentation ou les déséquilibres électrolytiques⁷.

Habituellement, le traitement consiste en une approche globale : thérapie individuelle, thérapie familiale, modification du comportement et réhabilitation nutritionnelle, avec gain de poids comme objectif ultime¹⁰⁵. Les antidépresseurs peuvent être utiles si le sujet est déprimé. Les parents sont considérés comme un élément essentiel du processus thérapeutique. L'hospitalisation peut être nécessaire pour rétablir le poids et traiter les séquelles physiologiques de la sous-alimentation (c.-à-d. déséquilibre hydro-électrolytique), particulièrement si la personne a un poids inférieur de plus de 25 % au poids idéal ou qu'elle est malade depuis plus de deux ans. Le taux de rechute est d'environ 35 %^{113,114}. La capacité de s'autodiriger (c.-à-d. avoir un sens précis de soi et de ses objectifs) est associée à une meilleure issue chez les personnes souffrant d'anorexie mentale¹¹⁵.

Anorexie mentale

CIM-9: 307.1 , CIM-10 - Anorexie mentale F50.0

Une personne chez laquelle on diagnostique l'anorexie mentale présente une peur extrême de devenir grosse et par conséquent restreint son apport alimentaire total, souvent au point où elle ne consomme qu'un ou deux aliments. La malnutrition causée par la (semi-) inanition peut entraîner une fonte musculaire, une déshydratation, des douleurs abdominales, une aménorrhée, de la constipation, de la frilosité, des arythmies cardiaques, un dysfonctionnement rénal et de l'ostéoporose. La léthargie et la fatigue, également causées par le manque d'apport alimentaire/énergétique, sont fréquentes; l'estime de soi est faible; le sujet éprouve de la dépression, de l'anxiété et de l'irritabilité. Des déficits cognitifs sont également fréquents en cas de sous-alimentation dangereuse. La personne peut finir par se retrancher de la société et éprouver des dysfonctions somatiques/sexuelles, particulièrement celles dont l'insuffisance pondérale est grave. De nombreuses personnes atteintes d'anorexie mentale sont en état de déni; souvent, l'avis d'un médecin est sollicité par des membres de la famille qui s'inquiètent⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	1

Partie 2 - Boulimie

La boulimie est un trouble des conduites alimentaires caractérisé par des cycles de boulimie et de purge : le sujet commence le cycle en consommant de grandes quantités d'aliments en un seul repas, habituellement jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale. Le sujet essaye alors de compenser la suralimentation et de « vider » l'organisme des aliments consommés. On distingue deux types de boulimie, selon la méthode de compensation, à savoir le type avec vomissement ou prise de purgatifs, dans lequel le sujet a régulièrement recouru pendant l'épisode de boulimie aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques ou de lavements, et le type sans vomissements ni prise de purgatifs, dans lequel le sujet recourt à d'autres méthodes de compensation, telles que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques ou de lavements⁷. Les vomissements provoqués, qui sont la méthode la plus courante de compensation de l'épisode de boulimie, sont observés chez 80 % à 90 % des personnes qui cherchent à obtenir un traitement⁷, et par conséquent, la présente section décrit l'état de santé d'une personne atteinte de boulimie, de type avec vomissements ou prise de purgatifs.

La boulimie affecte principalement les femmes (environ 90 % des cas)^{7,116}. Environ 1 % à 3 % des jeunes femmes font de la boulimie au cours de leur vie^{7,102}. La boulimie débute habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais peut être difficile à reconnaître, à cause du secret extrême au sujet des crises; en outre, la plupart des boulimiques ont un poids normal⁷, de sorte que leur trouble de l'alimentation n'est pas aussi évident que s'ils présentaient une insuffisance pondérale grave (le trouble peut se manifester chez des personnes obèses, mais rarement). L'évolution de la boulimie peut être chronique ou intermittente, avec des périodes de rémission alternant avec la reprise des crises de boulimie au fil des ans. Des fluctuations pondérales sont également fréquentes, à cause de l'alternance de comportement de boulimie et de purge.

Le diagnostic clinique de boulimie est posé en cas de survenue récurrente de crises de boulimie (*hyperphagie boulimique*); une crise de boulimie est caractérisée par l'absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans une période de temps similaire et par un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger). En plus des crises récurrentes de boulimie, la personne s'adonne à des comportements compensatoires inappropriés en vue de prévenir la prise de poids, tels que des vomissements provoqués ou l'emploi abusif de laxatifs. Les crises de boulimie et les comportements inappropriés doivent avoir eu lieu, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois et ne pas survenir exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale. Enfin, l'estime de soi de la personne est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle⁷.

Comme pour l'anorexie mentale, les causes de la boulimie sont inconnues. Il est vraisemblable que les idéaux culturels et les attitudes sociales concernant l'apparence corporelle jouent un rôle, de même que l'estime de soi fondée sur le poids et la forme corporelle. Il existe certaines preuves que l'obésité à l'adolescence et une prédisposition génétique à l'obésité contribuent au développement du trouble¹¹⁷. Des antécédents d'abus sexuels ou physiques, l'usage abusif de substances, les troubles anxieux, la faible estime de soi, le perfectionnisme, les préoccupations parentales concernant le poids et la forme corporelle ainsi que les pressions exercées par les pairs sont d'autres facteurs. Les crises de boulimie sont habituellement déclenchées par une humeur déprimée, des facteurs de stress interpersonnels, une faim intense faisant suite à une période de restriction alimentaire, ou des sentiments d'autodépréciation. La crise de boulimie atténue ces sentiments, mais est suivie d'une autocritique et d'une humeur dépressive. Les tentatives de suicide sont relativement fréquentes¹⁰⁷. Bien que l'on ne connaisse aucune mesure préventive à l'heure actuelle, le dépistage et l'intervention précoce réduisent la gravité des symptômes et améliorent le pronostic^{118,119}.

Le traitement de la boulimie comprend habituellement une combinaison de thérapie individuelle, de thérapie familiale, de modification du comportement et de réadaptation nutritionnelle. La thérapie cognitivo-comportementale est axée sur l'autosurveillance des comportements alimentaires et de purge, et la modification des schémas de pensée qui déclenchent les crises de boulimie et de purge. Des médicaments (c.-à-d. des antidépresseurs, ou des anxiolytiques) peuvent également être prescrits, particulièrement si la personne est déprimée ou anxieuse. Si la boulimie est sévère, il peut être nécessaire que la personne soit admise dans un programme de traitement des troubles des comportements alimentaires. On a constaté qu'un mauvais pronostic est associé à l'obésité prémorbide et paternelle, à des antécédents d'abus de substances, ainsi qu'à la présence d'un trouble de la personnalité^{105,116}.

Boulimie

CIM-9: 307.51, CIM-10 - Boulimie (Bulimia Nervosa) F50.2

Une personne atteinte de boulimie s'adonne à des crises de boulimie (hyperphagie), puis essaye de compenser l'apport alimentaire excessif par des comportements de purge. Les boulimiques sont en fait honteux de leur problème alimentaire et ont souvent le sentiment de ne pas exercer de contrôle; par conséquent, les crises surviennent de façon aussi discrète que possible. Habituellement, la personne éprouve de l'anxiété, de la dépression et une humeur négative, et mesure sa propre valeur principalement en fonction de son poids et de sa forme corporelle. Son estime de soi est faible. Les boulimiques peuvent présenter sur la surface des mains des cicatrices dues au frottement sur les dents lorsqu'ils introduisent leurs doigts dans la gorge pour déclencher le vomissement⁷. Les vomissements fréquents, répétés peuvent accroître les caries dentaires et déclencher une perte d'émail dentaire (due à l'acide présent dans le vomi), et les déséquilibres hydro-électrolytiques éventuels peuvent entraîner des complications médicales graves (rarement la mort)⁷. La fatigue est fréquente à cause de la malnutrition et des déséquilibres électrolytiques. Des menstruations irrégulières ou une aménorrhée peuvent également être présentes¹²⁰.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1

Section E - Retard mental

Le retard mental est un état permanent caractérisé par une intelligence inférieure à la moyenne qui entraîne des limitations de l'apprentissage et du fonctionnement adaptatif. Les sujets ayant un retard mental peuvent être capables de vivre de manière autonome dans la collectivité et d'obtenir divers niveaux d'emploi, selon le niveau de sévérité du trouble; à mesure que la sévérité augmente, une formation et un soutien peuvent devenir nécessaires pour accomplir même de simples tâches quotidiennes. La présente section décrit les états de santé des personnes atteintes d'un retard mental léger, moyen ou grave.

Le retard mental se manifeste chez toutes les races et dans toutes les cultures, mais dans l'ensemble, sa prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Environ 1 % à 3 % de la population sont affectés^{7,121,122}; la majorité des cas (environ 85 %)⁷ rentrent dans la catégorie du retard mental léger¹²²; dans environ 10 % des cas, le retard mental est moyen et dans environ 4 % des cas, il est grave⁷. Le moment où débute le retard mental dépend habituellement de la cause de celui-ci. En général, le retard mental est causé par une affection ou un événement qui perturbe le développement du cerveau avant la naissance (prénatal), durant la naissance (périnatal) ou durant l'enfance (postnatal). Plus précisément, les causes possibles comprennent, sans s'y limiter, les anomalies chromosomiques (syndrome de Down), les troubles héréditaires (syndrome de l'X fragile, hypothyroïdisme), les erreurs de métabolisme, l'infection ou le traumatisme cérébral (méningite, apport insuffisant d'oxygène durant l'accouchement), la naissance prématurée ou le faible poids à la naissance, la malnutrition fœtale, l'abus de drogue ou d'alcool durant la grossesse (syndrome d'alcoolisme fœtal), les maladies infectieuses chez la mère (rubéole ou hypertension), et la négligence menaçant le développement affectif ou le rejet affectif grave (y compris la stimulation insuffisante du nourrisson/de l'enfant). Malheureusement, dans de nombreux cas, aucune cause particulière ne peut être établie^{7,121}, quoique la probabilité de cerner la cause particulière augmente avec la gravité du retard mental.

Selon les critères du DSM-IV⁷, le diagnostic de retard mental est posé en cas de fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, défini comme étant un quotient intellectuel (QI, mesuré par un test d'intelligence normalisé administré de façon individuelle) égal ou inférieur à 70. En plus des déficits ou altérations du fonctionnement adaptatif (c.-à-d. la capacité de faire face aux demandes ordinaires de la vie) existent dans au moins deux des domaines de compétence suivants : communication, vie à domicile, autonomie en matière de soins personnels, autodirection, utilisation des ressources communautaires, aptitudes fonctionnelles aux études, compétences sociales/interpersonnelles, travail, loisirs, santé et sécurité. Enfin, le début doit avoir lieu avant l'âge de 18 ans. Dans le DSM-IV, le retard mental est classé en quatre catégories, selon le degré de sévérité : léger (QI de 50-55 jusqu'à environ 70), moyen (QI de 30-35 à 50-55), grave (QI de 20-25 à 35-40) et profond (QI inférieur à 20-25). (La CIM-10 s'appuie sur des seuils de QI plus précis; voir plus loin la description de l'état de santé pour chaque catégorie.) L'état de santé d'une personne souffrant de retard mental profond ne sera pas décrit dans le présent chapitre, parce que ces cas ne représentent que 1 % seulement de tous les cas de retard mental⁷.

Le retard mental est souvent soupçonné quand le sujet n'atteint pas les jalons de développement appropriés pour son âge. Durant la prime enfance, le développement anormal peut se manifester par un tonus musculaire mou ou spastique, le manque de réaction visuelle ou auditive, et/ou une réponse de succion inadéquate¹²³. Finalement, des retards moteurs concernant la capacité de s'asseoir ou de marcher et des anomalies du langage et du comportement peuvent se manifester, mais ne sont souvent reconnus qu'au stade de l'école maternelle. Dans les cas les plus graves, les symptômes ont tendance à être plus évidents et apparaissent à un plus jeune âge. En particulier, certains sujets peuvent présenter des anomalies physiques pouvant suggérer un retard mental, tel que des traits faciaux inhabituels, une tête qui est trop petite ou trop grosse, des déformations des mains ou des pieds, et des convulsions¹²¹.

Le retard mental est un état permanent, mais la majorité des personnes qui en souffrent peuvent participer à des programmes complets, personnalisés, destinés à leur faire acquérir les aptitudes d'adaptation nécessaires pour accroître leur niveau d'autonomie : lecture, écriture et mathématiques élémentaires, prendre soin de ses besoins personnels

(c.-à-d. s’habiller, se laver), communication avec des tiers, vie domestique (c.-à-d. cuisiner, nettoyer la maison), compétences sociales (c.-à-d. apprentissage des bonnes manières, jouer à des jeux), ainsi que santé et sécurité. Les programmes sociaux jouent également un rôle important dans l’accroissement de l’estime de soi des personnes ayant un retard mental. Au début de l’âge adulte, le traitement est également axé sur l’acquisition d’aptitudes professionnelles pour permettre l’emploi; la participation au marché du travail améliore les compétences d’adaptation et augmente les chances de réussir à vivre dans la collectivité¹²⁴. Le soutien émotionnel des membres de la famille fait également partie intégrante du traitement.

Retard mental – Léger

CIM-9 : 317, CIM-10 – Retard mental léger F70

Une personne reçoit le diagnostic de retard mental léger si elle a un QI de 50 à 69⁶, et la majorité des cas rentrent dans cette catégorie. Les personnes atteintes d’un retard mental léger acquièrent habituellement des compétences sociales et de communication adéquates pour vivre de manière autonome, mais peuvent avoir besoin d’aide durant les périodes de stress inhabituelles. Des compétences scolaires peuvent être acquises jusqu’au niveau de la sixième année. Moyennant un soutien approprié, les personnes souffrant d’un retard mental léger arrivent habituellement à vivre dans la collectivité, de manière autonome ou dans des conditions de supervision, et 80 % d’entre elles travaillent (principalement à des emplois non spécialisés ou semi-spécialisés)¹²³.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1

Retard mental – Moyen

CIM-9 : 318.0, CIM-10 – Retard mental moyen F71

Une personne reçoit le diagnostic de retard mental moyen si son QI est de 35 à 49⁶. Environ 10 % des cas de retard mental rentrent dans cette catégorie⁷. Les personnes présentant un retard mental moyen peuvent généralement acquérir des compétences de communication adéquates et bénéficier d’une formation en vue de leur faire acquérir des compétences sociales et professionnelles; leur niveau d’études ne dépasse habituellement pas celui de la deuxième année primaire. L’apprentissage du langage est lent et la coordination motrice est passable. La majorité de ces personnes sont capables de faire un travail non spécialisé ou semi-spécialisé dans des ateliers protégés, avec supervision et encadrement. Elles vivent habituellement en milieu supervisé et sont capables de prendre soin d’elles-mêmes sous supervision.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	3	1	1	4	3	1	2	1	1	1

Retard mental – Grave

CIM-9 : 318.1, CIM-10 – Retard mental grave F72

Une personne a un retard mental grave si son QI est de 20 à 34⁶. Environ 3 % à 4 % des cas de retard mental rentrent dans cette catégorie⁷. Les personnes présentant un retard mental grave peuvent apprendre à parler et à communiquer, mais leur compétence verbale et leur vocabulaire sont limités. Elles peuvent être capables d'effectuer des tâches simples ou des soins personnels sous surveillance étroite. Leur coordination motrice est mauvaise. La plupart vivent dans un foyer ou dans leur famille; cependant, la probabilité de troubles neurologiques, neuromusculaires, visuels, auditifs et cardiovasculaires en cas de retard mental grave peut rendre nécessaires des soins infirmiers spécialisés ou d'autres soins. Un comportement d'automutilation, y compris se cogner la tête, se mordre ou se griffer, n'est pas inhabituel chez les enfants présentant un retard mental grave.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	4	1	1	5	4	1	3	1	1	1

Section F - Troubles de la personnalité

Un trouble de la personnalité est caractérisé par un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notamment de ce qui est attendu dans la société et qui peut donner lieu à une altération prononcée du fonctionnement social et professionnel. Les troubles de la personnalité sont considérés comme un important problème de santé mentale, en raison de leur prévalence et de l'incapacité qu'ils produisent⁶⁹. En bout de ligne, les personnes ayant un trouble de la personnalité ont des difficultés dans leurs relations interpersonnelles et manifestent souvent de l'irritabilité, de l'hostilité et de la peur. Leurs traits de personnalité (c.-à-d., attitude, pensée, comportement, tempérament) sont exprimés de manière inappropriée et deviennent inadaptés. Selon le DSM-IV⁷, dix troubles de la personnalité peuvent faire l'objet d'un diagnostic distinct et sont répartis en trois groupes fondés sur des similarités descriptives. Le groupe A inclut les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Les personnes qui ont ces personnalités paraissent souvent bizarres ou excentriques. Le groupe B inclut les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique. Ces sujets paraissent souvent théâtraux, émotifs et capricieux. Le groupe C comprend les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive. Les individus ayant ces troubles semblent souvent anxieux ou craintifs⁷. Comme les limitations fonctionnelles associées à tous les troubles de la personnalité sont similaires en ce qui concerne les niveaux des attributs de l'état de santé, nous ne décrivons qu'un seul état de santé pour une personne chez laquelle on a diagnostiqué un trouble de la personnalité non spécifié.

Les troubles de la personnalité affectent de 6 % à 15 % de la population^{125,126}. Les plus courants sont les personnalités obsessionnelle-compulsive (dont le taux de prévalence est de 7,7 % selon les critères du DSM-IV), évitante (6,6 %), paranoïaque (5,6 %), borderline (5,4 %) et schizotypique (5,2 %) ¹²⁶. En général, le trouble de la personnalité est reconnaissable pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais certaines personnes ne cherchent à se faire soigner que beaucoup plus tard. Il est possible qu'un trouble de la personnalité soit exacerbé après la perte d'une personne ou d'une situation de soutien importante⁷. L'évolution d'un trouble de la personnalité est relativement stable au cours du temps.

Selon le DSM-IV, un diagnostic de trouble de la personnalité est posé si une personne présente des modes de comportement et de cognition inadaptés qui se manifestent dans au moins deux des domaines suivants : cognition, affectivité, fonctionnement interpersonnel, ou contrôle des impulsions. En outre, ces modalités doivent être rigides et présentes dans une gamme variée de situations personnelles et sociales, et causer une perturbation cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines. Des signes du trouble de la personnalité doivent avoir été décelés au moins à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et présenter un mode prolongé stable. Ce mode durable ne peut pas être dû à un autre trouble mental ni aux effets physiologiques d'une substance ou une affection médicale générale⁷. Les types particuliers de trouble de la personnalité possèdent leurs propres critères diagnostiques, qui sont présentés dans le manuel DSM-IV⁷. Le diagnostic de trouble de la personnalité ne s'applique qu'aux personnalités complètement formées, donc est rarement posé avant l'âge de 18 ans et, par conséquent, ces troubles ne sont habituellement pas évalués chez l'enfant et l'adolescent⁶⁹.

Les causes du développement d'un trouble de la personnalité sont inconnues. Certains chercheurs pensent qu'une situation ou un événement particulier (p. ex. la perte d'un parent ou d'un ami) peut déclencher les comportements observés fréquemment dans les troubles de la personnalité, particulièrement les événements survenus dans la prime enfance susceptibles d'influer sur le comportement plus tard dans la vie. Une vulnérabilité génétique à la manifestation d'un trouble de la personnalité a également été suggérée^{127,128,129}. Les facteurs sociaux, tels que la négligence, la surprotection ou la maltraitance parentale, peuvent contribuer aux troubles de la personnalité ou à d'autres problèmes psychiatriques chez l'enfant. Comme le trouble de la personnalité se manifeste habituellement à l'adolescence, c'est-à-dire une période durant laquelle la personnalité se stabilise et mûrit, les personnes ayant un trouble de la personnalité sont enclines à établir des mécanismes inadaptés pour faire face à la situation et souffrent d'une faible estime de soi^{127,128,129}.

Dans l'ensemble, il n'est pas possible de guérir un trouble de la personnalité, mais certains traitements permettent d'améliorer le pronostic. Selon le trouble de la personnalité, une pharmacothérapie peut avoir pour objectif de réduire l'impulsivité (p. ex., olanzapine, neuroleptiques) et la dépression (p. ex., inhibiteurs du recaptage de la sérotonine); des antipsychotiques peuvent être utilisés en cas de distorsion de la pensée. La psychothérapie (individuelle, de groupe ou familiale) a pour objectif la gestion du trouble, y compris la fourniture de renseignements au sujet de la maladie, d'un soutien et d'une formation permettant d'acquérir des compétences sociales. Cependant, la psychothérapie peut être difficile pour une personne ayant un trouble de la personnalité, parce qu'elle pourrait hésiter à établir une relation de confiance avec le thérapeute. La modification du caractère peut être nécessaire en vue de réduire l'instabilité de l'humeur et les comportements impulsifs, ou pour que la personne apprenne des moyens de faire face à ses craintes de rejet et d'abandon, ses comportements autodestructeurs ou d'autres traits associés au trouble de la personnalité particulier qui est traité. Une hospitalisation est rarement nécessaire.

Étant donné le taux généralement faible d'observation du traitement, l'état de santé qui suit décrit les limitations fonctionnelles chez une personne ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité et qui ne suit aucun traitement.

Trouble de la personnalité – non spécifié

CIM-9: 301.83, CIM-10 – Trouble de la personnalité F60.x

Les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité présentent le spectre complet des caractéristiques de la personnalité qui ne permet pas d'avoir un fonctionnement social adéquat. Certaines ont tendance à être émotionnellement très instables – elles éprouvent des sentiments allant d'une colère intense et inappropriée, à des sentiments de culpabilité, de honte et de dépression, ou à des sentiments d'inadéquation et d'infériorité. D'autres peuvent manifester un comportement impulsif ou de la promiscuité sexuelle, ou conduire un véhicule de façon imprudente et éventuellement faire des tentatives de suicide, particulièrement en période de crise (c.-à-d. un changement d'emploi ou dans les relations personnelles, le départ en vacance du thérapeute ou d'un membre de la famille). Sur le plan mental, les personnes ayant un trouble de la personnalité peuvent avoir une image d'elles-mêmes instable et une confusion d'identité, ou être hypersensibles au rejet et être blessées par les critiques ou la désapprobation. Leurs relations interpersonnelles sont extrêmement instables également; leurs attitudes à l'égard des membres de la famille ou des amis peuvent passer facilement de l'admiration et de l'amour à la déception, l'antipathie et la colère. Une caractéristique importante d'un trouble de la personnalité est le retrait social ou le rejet. Les personnes ayant un trouble de la personnalité ont tendance à avoir une capacité amoindrie d'attachement. Leur vie familiale est souvent perturbée et leur fonctionnement professionnel et social est limité. Elles peuvent éprouver de l'anxiété. À l'occasion, ces personnes peuvent s'adonner à des comportements d'automutilation.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	3	1	2	4	3	1	1	1	1

Section G - Schizophrénie

Le terme schizophrénie définit un groupe de troubles, caractérisés par un continuum de signes, dont les plus marquants sont des distorsions de la pensée et de la perception. Une personne souffrant du type le plus courant, c'est-à-dire la schizophrénie de type paranoïde, présente diverses expériences hallucinatoires et idées délirantes, qui sont dues aux hallucinations ou à l'interprétation incorrecte de stimuli réels¹³⁰. Le groupe des symptômes dits négatifs apparaît systématiquement chez les patients schizophrènes et comprend notamment un nivellement de l'affect, ainsi qu'un manque d'émotion et de volonté¹³¹. Dans la plupart des cas, le sujet a de la difficulté à penser clairement et à prendre des décisions, à gérer et à exprimer ses émotions, et à interagir avec autrui; par conséquent, une proportion importante de ces sujets sont renfermés. Selon l'existence de certains symptômes prédominants, on peut diagnostiquer cinq types de schizophrénie (catatonique, paranoïde, désorganisée, indifférenciée ou résiduelle)⁷. À la présente section, nous décrivons les limitations fonctionnelles associées à chaque sous-type. Bien que l'évolution de la maladie varie, certains sujets connaissant des exacerbations et des rémissions, les états de santé décrits ici font référence aux personnes dont la maladie et les perturbations liées à la maladie sont chroniques.

La schizophrénie affecte environ 1 % de la population¹³² et est observée partout dans le monde. Elle débute habituellement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine¹; alors que des cas à manifestation tardive (après 45 ans) aient été signalés, l'apparition avant l'adolescence est rare. La maladie touche autant les hommes que les femmes, mais le début est plus précoce chez les hommes (entre 18 et 25 ans) que chez les femmes (entre 25 et 35 ans); les cas à manifestation tardive sont plus fréquents chez les femmes^{1,7,133}. Bien que le début de la schizophrénie soit soudain, divers signes et symptômes apparaissent progressivement dans la plupart des cas. En général, les symptômes caractéristiques de la schizophrénie comprennent des dysfonctions dans le domaine cognitif ainsi qu'émotionnel touchant la perception, la pensée inférencielle, l'attention, le langage et la communication, l'affect, la fluidité verbale, la production de la pensée et du discours, la maîtrise des comportements, la volonté et l'énergie.

Bien qu'il existe des méthodes instrumentales d'évaluation du niveau de dysfonctionnement structurel et fonctionnel du cerveau chez les schizophrènes, le diagnostic est fait en se fondant sur le tableau clinique, le cas est les antécédents familiaux¹³⁰. Selon le DSM-IV, le diagnostic clinique de schizophrénie est fait si au moins deux des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps durant une période d'un mois : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou symptômes négatifs incluant l'émoussement affectif (expression émotionnelle restreinte), l'alogie (pensée et discours restreints), ou l'aboulie, c.-à-d. la perte de volonté (activation restreinte de comportements axés sur un but). En outre, depuis leur survenue, les symptômes ont mené à un dysfonctionnement social ou professionnel. Il doit également exister des signes de perturbation qui persistent pendant au moins six mois. Enfin, le diagnostic de trouble schizoaffectif ou de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques doit avoir été écarté, et les symptômes/perturbations ne doivent pas être dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale⁷. Les critères diagnostiques de chaque sous-type sont décrits dans les états de santé présentés plus loin.

La cause de la schizophrénie est inconnue, mais il existe certaines preuves que l'hérédité est un facteur : les parents biologiques de premier degré des schizophrènes sont environ dix fois plus susceptibles que la population générale de devenir eux-mêmes schizophrènes^{7,133,134}. Les facteurs environnementaux qui se manifestent durant le développement, telle qu'une affection virale (p. ex. exposition prénatale au virus de la grippe) ou des changements hormonaux et physiques durant la puberté peuvent également déclencher le trouble. Certaines anomalies fonctionnelles du cerveau peuvent être une cause ou une conséquence de la schizophrénie¹.

Malgré le nombre d'agents antipsychotiques utilisés dans la pratique clinique, le pronostic de la schizophrénie demeure relativement mauvais, le quart seulement des patients présentant une rémission psychopathologique complète et 56 %, une rémission du dysfonctionnement social¹³⁰. En 2004, la schizophrénie était l'une des dix causes principales d'incapacité (mesurée en années de vie perdues en raison de l'incapacité) à l'échelle mondiale³. Environ le tiers

des personnes recevant le diagnostic de schizophrénie doivent être placées en établissement pour le reste de leur vie⁶ et environ 40 % de ces personnes feront une tentative de suicide durant l'évolution de la maladie à cause de la psychose et (ou) de la dépression (chez environ 10 %, le suicide sera réussi)^{1,7,136}. Cependant, le diagnostic précoce et le traitement efficace de la schizophrénie peuvent prévenir l'apparition d'autres symptômes et accroître la probabilité de rétablissement. Le traitement comprend généralement une pharmacothérapie et une psychothérapie, séparées ou conjuguées, ce qui est plus efficace. L'hospitalisation peut être nécessaire pour traiter les idées délirantes ou les hallucinations, particulièrement si le sujet a des pensées suicidaires, est incapable de prendre soin de lui-même et a de graves problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme. Les antipsychotiques aident à réduire certains symptômes de la schizophrénie, mais ont de effets indésirables considérables, ce qui accroît le risque de non-observation du traitement.

Quel que soit le sous-type, la schizophrénie a de nombreuses incidences sur l'état de santé du sujet. Le retrait social se manifeste tôt dans l'évolution de la maladie, de sorte que la plupart des schizophrènes ont des contacts sociaux limités et la majorité d'entre eux (60 % à 70 %) ne se marient pas⁷. Le rendement scolaire est habituellement amoindri, par conséquent nombre d'entre eux n'arrivent pas à terminer leurs études. Le fonctionnement professionnel est également limité : les taux d'emploi publiés varient considérablement, mais sont généralement compris entre 10 % et 40 %^{130,137,138}. Il s'ensuit des pertes émotionnelles et financières, ainsi qu'une diminution de l'estime de soi, un sentiment d'impuissance et l'isolement. Fait plus important encore, le stigma social associé à la schizophrénie suscite de la honte parce que les membres du public comprennent mal la maladie.

Bien qu'il ne soit pas inhabituel que des personnes présentent des symptômes caractéristiques de plusieurs sous-types, le diagnostic est fondé sur les symptômes les plus marquants, dans l'ordre qui suit : le type catatonique est attribué quand les symptômes dominants sont de nature catatonique (un état de rigidité musculaire et/ou de stupeur mentale), indépendamment de la présence d'autres symptômes; le type désorganisé est attribué si les signes dominants sont un discours désorganisé, un comportement désorganisé et un affect indifférent ou inapproprié (à moins que le type catatonique ne soit présent); le type paranoïde est attribué si des idées délirantes ou des hallucinations sont fréquentes et dominantes (à moins que le type catatonique ou désorganisé soit présent); le type indifférencié est attribué en présence des symptômes de phase active manquants qui ne répondent pas aux critères des types catatonique, désorganisé ou paranoïde; s'il existe des signes continus du trouble, mais que des symptômes positifs de phase active ne sont pas présents⁷.

Les états de santé qui suivent décrivent, respectivement, des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué chaque sous-type de schizophrénie durant la période où les perturbations et les symptômes de la maladie sont actifs et chroniques. Les descriptions ne reflètent pas la personne pendant qu'elle suit un traitement.

Schizophrénie catatonique

CIM-9: 295.2, CIM-10 – Schizophrénie catatonique F20.2

Une personne reçoit le diagnostic de schizophrénie catatonique si les symptômes sont dominés par au moins deux des manifestations suivantes : immobilité motrice ou stupeur, activité motrice excessive, négativisme extrême (état dans lequel la personne résiste aux efforts physiques en vue de mobiliser ses membres ou de la faire bouger), particularités des mouvements volontaires, et écholalie (répétition comme un perroquet d'un mot ou d'une phrase qui vient d'être prononcé par une autre personne) ou échopraxie (imitation répétitive des mouvements d'une autre personne)⁷. L'apparition de ce sous-type est habituellement soudaine. En général, une personne atteinte de schizophrénie catatonique peut présenter l'un de deux états qui sont semblables au sens psychopathologique : d'une part, la personne peut se trouver dans un état de stupeur catatonique et paraître immobile et sans réaction ou négativiste, comme en témoigne la résistance aux ordres (elle fait souvent l'opposé de ce qu'on lui demande) ou au maintien d'une posture rigide si on essaye de la mobiliser. Par ailleurs, elle peut présenter une agitation catatonique caractérisée par une excitation non contrôlée et des mouvements stéréotypés et répétitifs. La manifestation d'écholalie et d'échopraxie est fréquente⁷.

Durant les périodes de stupeur et d'immobilité, les sujets sont incapables de se déplacer et de prendre soin de leurs besoins personnels, et ont donc besoin d'aide pour vaquer aux tâches de la vie quotidienne, telles que s'habiller ou manger. L'usage des mains et des doigts est limité pendant les périodes de rigidité. Durant les épisodes d'excitation, le sujet a besoin de surveillance afin d'éviter qu'il se blesse ou qu'il blesse les autres, mais il peut généralement fonctionner convenablement. Les perturbations de la parole sont fréquentes : certains sujets ne parlent pas du tout, et s'ils le font, leur discours est généralement dénué de sens ou prend la forme d'écholalie et de mots répétitifs. Le schizophrène catatonique peut éprouver une douleur et une gêne modérées, particulièrement à cause du maintien de positions inconfortables pendant de longues périodes; il peut également éprouver de la fatigue. Les sujets ayant ce sous-type sont souvent dépressifs et isolés socialement; la mémoire et la pensée sont également altérées, particulièrement durant les périodes de stupeur à cause du manque de concentration⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	4	4	2	5	5	1	4	1	1	4

Schizophrénie désorganisée

ICD-9: 295.1 ICD-10 –Hebephrenic schizophrenia F20.1

Les principaux symptômes d'une personne chez laquelle on a diagnostiqué une schizophrénie désorganisée sont, de façon marquante, un discours désorganisé, un comportement désorganisé et un affect abrasé ou inapproprié⁷. Les idées délirantes ou les hallucinations, si elles sont présentes, sont fragmentaires et ne s'organisent pas en un thème cohérent. Le discours est généralement incohérent et peut s'accompagner d'une niaiserie et de rires n'ayant pas de relation avec un stimulus approprié (souvent, un sujet présentant une schizophrénie désorganisée peut rire en éprouvant de la douleur et pleurer en entendant une blague que d'autres jugent drôle). Le sujet peut même créer de nouveaux mots ou utiliser les mots de façon étrange. Son comportement est inapproprié et présente une perte de direction vers un but ce qui peut le mener à ne pas se laver, préparer les repas et accomplir d'autres activités de la vie quotidienne. Les hallucinations auditives entraînent souvent une limitation de l'audition. Le sujet peut manifester une agitation imprévisible (p. ex. crier et proférer des jurons) ou un comportement sexuel inapproprié (p. ex. masturbation en public). Les perturbations de la pensée sont fréquentes; le sujet a tendance à avoir de la difficulté à organiser ses idées et, souvent, ne réfléchit pas rationnellement ni logiquement. Ce sous-type est généralement caractérisé par une évolution continue sans périodes de rémission, et le début est soudain. La schizophrénie désorganisée a tendance à être le plus grave des sous-types de schizophrénie⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	2	4	1	5	5	1	3	2	1	1

Schizophrénie paranoïde

CIM-9: 295.3, CIM-10 –Schizophrénie paranoïde F20.0

Une personne reçoit le diagnostic de schizophrénie paranoïde si ses principaux symptômes comprennent des idées délirantes ou des hallucinations auditives dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect, et que les symptômes caractéristiques des types désorganisé et catatonique ne sont pas au premier plan⁷. Les idées délirantes sont habituellement axées sur un thème cohérent et sont souvent des idées de persécution ou des idées de grandeur (mégalomanie). Plus précisément, le délire de persécution est souvent centré sur la croyance que d'autres personnes « complotent contre le sujet » d'une certaine façon. Par conséquent, le sujet peut manifester un délire de grandeur dans lequel il est très célèbre, importante ou puissant, et se protéger contre les persécutions perçues. Les hallucinations sont généralement en relation avec le thème du délire. L'apparition de ce type a tendance à avoir lieu plus tard dans la vie que les autres sous-types de schizophrénie, mais, relativement parlant, ces caractéristiques sont plus stables au fil du temps. La schizophrénie paranoïde a tendance à être le moins grave des sous-types de schizophrénie⁷.

Les sujets atteints de schizophrénie paranoïde présentent une altération minimale du fonctionnement, à moins qu'ils n'agissent selon leurs pensées délirantes. Dans l'ensemble, ils peuvent être déprimés, en colère et revendicateurs et manifester un niveau moyen d'anxiété. Leur audition est altérée à cause des hallucinations auditives; en outre, ces sujets sont souvent distraits, si bien que la qualité de leur réception auditive (p. ex., réception de l'information) est limitée. Sur le plan émotionnel, un schizophrène paranoïde semble privé d'émotion et présente un affect abasé. La mémoire et la pensée sont altérées par les idées délirantes et les hallucinations, car le sujet éprouve souvent de la confusion et de l'indécision quant à ce qui est réel et ce qui est imaginaire. La capacité d'entretenir des relations sociales est altérée à cause du comportement hostile et soupçonneux, et les sujets éprouvent souvent une jalousie délirante parce qu'ils sont profondément convaincus que leur partenaire sexuel est infidèle. Les crises sévères peuvent nécessiter une hospitalisation, car les thèmes de persécution peuvent rendre le sujet violent et/ou suicidaire. La schizophrénie paranoïde peut avoir un pronostic nettement meilleur que les autres types de schizophrénie, parce que le sujet est généralement capable de maintenir son fonctionnement professionnel et de vivre de manière autonome⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotionnel	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	3	1	4	4	3	1	2	1	1

Schizophrénie indifférenciée

CIM-9: 295.8 , CIM-10 –Schizophrénie indifférenciée F20.3

Une personne reçoit le diagnostic de schizophrénie indifférenciée si elle éprouve des symptômes qui satisfont au critère de la schizophrénie, mais non aux critères des types paranoïde, désorganisé ou catatonique⁷. Habituellement, le sujet présente des fragments de divers symptômes (p. ex., idées délirantes, hallucinations, incohérence); bien que ces symptômes puissent persister pendant une longue période, un schéma stable de caractéristiques peut se dégager plus tard dans la vie. Les limitations fonctionnelles associées à ce sous-type de schizophrénie comprennent des problèmes concernant l'hygiène personnelle, une perturbation de l'état émotionnel (dépression), certains troubles de la pensée, y compris l'incapacité de se concentrer, et des limitations de fonctionnement social causées par le retrait social⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	3	3	1	4	3	1	1	1	1	1

Schizophrénie résiduelle

CIM-9: 295.5, CIM-10 –Schizophrénie résiduelle F20.5

Une personne reçoit le diagnostic de schizophrénie résiduelle si elle manifeste au moins deux symptômes qui répondent au critère de schizophrénie, en l'absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de discours désorganisé et de comportement désorganisé ou catatonique manifeste⁷. En général, ce diagnostic est posé quand un sujet a vécu au moins une crise de schizophrénie, mais qu'il ne manifeste au moment du diagnostic aucun symptôme ou seulement des symptômes relativement mineurs. Néanmoins, le sujet atteint de schizophrénie résiduelle éprouve un manque de motivation et d'intérêt pour la vie et ses pratiques d'hygiène personnelle sont considérablement perturbées. En outre, une pensée illogique, un isolement ou un retrait social, et une certaine déficience du discours sont fréquents. L'évolution de ce sous-type peut être continue pendant de nombreuses années (avec éventuellement des exacerbations aiguës)⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	2	3	1	2	3	1	2	1	1	1

Section H - Troubles liés à l'usage d'une substance

La présente section décrit les troubles liés à l'usage d'une substance les plus fréquents. Les troubles liés à l'usage d'une substance sont ceux associés à la prise d'une drogue (y compris l'alcool) donnant lieu à un abus, y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre, ainsi que les drogues illicites⁷. Les substances mises en relief à la présente section sont l'alcool, le cannabis, l'héroïne, les benzodiazépines et les stimulants.

Il convient de souligner que la consommation et l'abus de substances psychoactives est l'un des principaux facteurs de risque qui contribuent à la charge mondiale de morbidité. En 2000, environ 4 % de cette charge était attribuée à l'alcool et 0,8 %, aux drogues illicites¹³⁹. En outre, l'alcool et les drogues illicites sont associés à plus de 80 maladies et traumatismes reconnus¹³⁹, qui peuvent tous être évités.

Les effets cliniques varient selon la substance consommée, la durée de la consommation et la dose. La forme la plus dangereuse d'abus de substance est celle où la personne mélange plusieurs drogues. Les états de santé décrits plus bas ne tiennent pas compte des limitations associées à l'usage combiné de plusieurs substances. Pour chaque substance, les limitations fonctionnelles décrites font référence à l'abus (chronique, léger à moyen ou sévère, ou les deux), à la surdose, au sevrage aigu avec traitement et à la rémission. Bien que la surdose entraîne souvent un coma, les descriptions de l'état de santé associées à la surdose ne reflètent pas l'état comateux. Toutefois, le coma sera décrit dans un autre document de la présente série ayant pour thème les troubles neurologiques. L'abus chronique d'alcool a également des séquelles particulières qui ne seront pas décrites dans le présent chapitre. La cirrhose du foie est la maladie dans laquelle le mécanisme pathogène principal est le remplacement progressif de tissu hépatique lésé par du tissu conjonctif, ce qui entraîne une diminution progressive, mais irréversible, de la fonction hépatique. Cette affection est souvent le résultat de l'abus prolongé de l'alcool et d'autres substances hépatotoxiques. L'encéphalopathie hépatique est la lésion du cerveau et du système nerveux résultant de complications de troubles hépatiques, et causent des modifications des réflexes et de la conscience. Ces deux maladies seront décrites dans le document sur les troubles digestifs de la présente série.

Le DSM-IV définit les troubles liés à l'usage d'une substance en fonction de la dépendance et de l'abus, et les troubles induits par une substance en fonction de l'intoxication et du sevrage; d'autres diagnostics du DSM-IV relatifs aux troubles liés à l'utilisation d'une substance, tels que le délire induit par une substance ou le trouble de l'humeur induit par une substance, ne seront pas décrits à la présente section. Les critères diagnostiques de la dépendance à une substance, de l'abus d'une substance, de l'intoxication par une substance et du sevrage d'une substance sont décrits ci-dessous; il convient de souligner que ces critères s'appliquent à toutes les classes de substances.

La dépendance à une substance est diagnostiquée si le sujet présente un mode d'auto-administration répétée de la substance, ainsi qu'au moins trois des symptômes suivants, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : 1) tolérance (besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir l'effet désiré); 2) sevrage (changement de comportement (avec association physique ou mentale) résultant d'une diminution de la concentration sanguine ou tissulaire de la substance); 3) prise de la substance pendant une période plus longue ou en quantité plus grande que prévue; 4) désir persistant de la substance ou effort infructueux en vue de diminuer ou de contrôler l'utilisation de la substance; 5) beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, l'utiliser ou récupérer de ces effets; 6) activités sociales, professionnelles ou de loisirs limitées ou évitées à cause de l'utilisation de la substance; 7) poursuite de l'utilisation de la substance même en étant au courant des problèmes physiques ou psychologiques susceptibles d'être causés ou exacerbés par la substance⁷.

L'abus d'une substance diffère de la dépendance à une substance en ce sens qu'il n'englobe aucun des symptômes de tolérance/sevrage ou de modes d'utilisation compulsifs; l'abus d'une substance comprend plutôt les conséquences indésirables de l'usage répété de la substance. En particulier, un sujet reçoit le diagnostic d'abus d'une substance si son mode d'utilisation de la substance conduit à une altération cliniquement significative du fonctionnement caractérisée

par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes : 1) incapacité de remplir des obligations majeures à cause de l'utilisation récurrente de la substance; 2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. conduite d'un véhicule); 3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (c.-à-d. trafic de drogue ou conduite avec facultés affaiblies) et 4) utilisation de la substance malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants, causés ou exacerbés par les effets de la substance. En outre, ces manifestations doivent être survenues de façon répétée pendant une période de 12 mois et les symptômes n'ont jamais atteint les critères de la dépendance à une substance (pour la classe particulière de substance)⁷.

L'intoxication par une substance est diagnostiquée dans le cas de développement d'un syndrome réversible spécifique dû à l'ingestion récente de cette substance (ou à l'exposition récente à cette substance). En outre, durant la prise ou peu après celle-ci, les effets physiologiques de la substance sur le système nerveux central entraînent des changements de comportement et/ou psychologiques. Les changements les plus fréquents sont des altérations de la perception, de la vigilance, de la pensée, de l'attention, du jugement, du comportement psychomoteur et du comportement interpersonnel. Enfin, les symptômes de l'intoxication par une substance ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental⁷.

Quand une personne cesse d'utiliser une substance ou diminue son usage après une consommation forte et prolongée, elle peut éprouver des symptômes de sevrage, et manifester des changements de comportement avec associations psychologiques et cognitives. Pour poser le diagnostic, il faut que ce changement cause une souffrance ou une altération du fonctionnement dans des domaines importants, tels que le fonctionnement social ou professionnel, cliniquement significative et qu'il ne soit pas dû à une affection médicale générale ou qui ne soit pas mieux expliqué par un autre trouble mental⁷. La plupart des symptômes de sevrage sont simplement l'opposé de ceux observés en cas d'intoxication en utilisant la même substance. Le sujet qui subit un sevrage éprouve habituellement un besoin intense de prendre à nouveau la substance afin de prévenir ou de soulager les symptômes de ce sevrage.

Dans le DSM-IV, la rémission est définie en fonction de quatre stades : un sujet est en rémission précoce complète si aucun critère d'abus ou de dépendance ne sont satisfaits pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois, ou est en rémission précoce partielle si un ou plusieurs critères d'abus ou de dépendance sont satisfaits (sans que les critères complets soient présents) pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois⁷. Un sujet est en rémission prolongée complète si aucun des critères d'abus ou de dépendance n'a été satisfait à aucun moment durant les 12 mois précédents ou pendant plus longtemps, et il est en rémission prolongée partielle si les critères complets de dépendance n'ont pas été satisfaits au cours des 12 mois précédents ou pendant plus longtemps, mais qu'un ou plusieurs critères d'abus ou de dépendance ont été satisfaits⁷. En ce qui concerne les états de santé décrits ci-après, la rémission est définie comme l'absence de symptômes pendant au moins un mois.

Partie 1 - Abus d'alcool / Utilisation d'alcool nocive pour la santé

L'alcool est un dépresseur du système nerveux central (SNC) produit par fermentation ou distillation de divers fruits, légumes ou céréales. Son nom chimique est éthanol ou alcool éthylique; sous sa forme pure, il s'agit d'un liquide transparent et incolore. Les effets de l'alcool dépendent de la quantité d'alcool éthylique pur consommé; une portion en contient de 10 à 15 grammes¹⁴⁰. L'alcool entre dans la circulation sanguine au niveau du tractus gastro-intestinal et est décomposé par les enzymes du foie. À mesure que la concentration sanguine d'alcool augmente (c.-à-d. la quantité d'alcool dans le sang circulant), la dépression du système nerveux augmente; la pensée, le jugement et la perception sont altérés et les temps de réaction sont plus longs.

La consommation modérée d'alcool (c.-à-d. jusqu'à deux verres par jour) n'est généralement pas considérée comme étant nocive chez la plupart des adultes. Un verre équivaut, en moyenne, à une bouteille de bière ou de vin panaché (12 onces), un verre de vin (5 onces) ou un verre de 1,5 once de spiritueux distillé (p. ex. whisky). L'excès occasionnel d'alcool (*binge drinking*) a lieu quand une personne consomme une grande quantité d'alcool (cinq verres ou plus pour les hommes, quatre verres ou plus pour les femmes)¹⁴⁰ en une occasion et est une cause plus importante de préoccupation. Le premier épisode d'intoxication alcoolique a souvent lieu au milieu de l'adolescence, en dépit du fait qu'au Canada, l'âge légal pour boire et acheter de l'alcool est de 18 ou 19 ans, selon la province.

L'alcool est la substance psychoactive dont la consommation est la plus répandue¹⁴¹. En 1996, un sondage national mené aux États-Unis a révélé que 70 % d'hommes et 60 % de femmes consommaient de l'alcool⁷. Environ 1,1 % des adultes américains consomment de l'alcool quotidiennement¹⁴¹. La prévalence sur 12 mois des troubles liés à la consommation d'alcool est de 7 % à 10 %^{140,142}. La prévalence la plus élevée de l'abus d'alcool s'observe chez les personnes de 26 à 34 ans⁷. L'alcoolisme s'observe à tous les niveaux d'éducation et de statut socioéconomique. Des taux élevés de mortalité, de morbidité et de problèmes sociaux sont imputables à l'alcool, comme en témoigne le fait que plus de 60 causes de décès sont attribuées à la consommation d'alcool¹³⁹. Souvent, l'évolution typique comprend des épisodes de consommation excessive d'alcool périodique ou en fin de semaine, sans aucune consommation durant la semaine. Cependant, au fil du temps, les épisodes de consommation deviennent plus fréquents. L'alcoolisme est une maladie évolutive, souvent de longue durée, récurrente et éventuellement mortelle. L'alcoolique consacre souvent de longues périodes à la consommation d'alcool, malgré les conséquences psychologiques et physiques.

Un alcoolique qui est confronté à son problème de boisson devient habituellement hostile et défensif. Les symptômes qui suivent sont fortement évocateurs de l'alcoolisme : besoin irrésistible (besoin de consommer quotidiennement ou épisodiquement de l'alcool), altération du contrôle (incapacité de s'arrêter de boire une fois que l'on a commencé), dépendance physique (sevrage si la consommation est interrompue abruptement) et tolérance (besoin de consommer des quantités plus fortes pour obtenir le même effet). Il est probable qu'un certain nombre de facteurs influent sur le développement de l'alcoolisme. Les facteurs de risque comprennent les facteurs héréditaires (les personnes dont un parent abuse de l'alcool sont plus susceptibles d'abuser eux-mêmes de l'alcool; le risque augmente avec le nombre de membres de la famille affectés)⁷, les carences nutritionnelles et les déséquilibres hormonaux. Les facteurs psychologiques susceptibles de jouer un rôle sont la dépression, le désir de soulager l'anxiété, le désir d'éviter ses responsabilités, une faible estime de soi, des relations familiales conflictuelles, certains traits de personnalité, tels que l'isolement ou la solitude, et/ou l'immaturité sexuelle. Les facteurs socioculturels comprennent l'accès à des boissons alcoolisées (y compris le prix), les attitudes sociales témoignant d'une approbation de la consommation fréquente d'alcool et de l'état d'ébriété, le mode de vie, les pressions exercées par les pairs et le stress. En outre, les personnes qui commencent à boire à un jeune âge (p. ex. 14 ans ou moins) courent un risque accru de développer une dépendance à l'égard de l'alcool à un moment donné de leur vie¹⁴³.

L'ingestion d'alcool produit des symptômes d'intoxication qui sont caractérisés par des changements de fonctionnement mental et/ou physique tels que la labilité de l'humeur, l'altération du jugement, le manque de concentration et un comportement sexuel ou agressif inapproprié⁷. Ces manifestations sont accompagnées d'une difficulté d'élocution, d'une démarche ébrieuse, d'un manque de coordination, et d'une altération de la mémoire ou de l'attention⁷. L'intoxication grave peut entraîner une amnésie (trous noirs) des événements survenus dans la consommation d'alcool. L'intoxication réduit les inhibitions sociales, produit de l'euphorie, augmente le sentiment de confiance en soi et réprime les craintes du buveur. Les émotions existantes peuvent également être amplifiées : si la personne est en colère, elle peut devenir hostile ou agressive; si elle est déprimée, elle peut se sentir déprimée et devenir suicidaire.

Les personnes qui abusent de l'alcool peuvent consommer celui-ci dans des situations dangereuses, telles qu'avant de conduire un véhicule. Par conséquent, ces sujets peuvent faire face à des difficultés juridiques (p. ex. conduite avec facultés affaiblies) ou causer des accidents. En fait, l'alcool est à l'origine de 55 % des accidents de circulation mortels aux États-Unis⁷. Presque tous les organes du corps sont affectés par l'alcool et peuvent être le siège de complications graves susceptibles de causer un décès prématuré. Jusqu'à 15 % des personnes qui ont une forte consommation d'alcool pendant de longues périodes développent une cirrhose du foie et une pancréatite⁷. L'anémie est fréquente, les mauvaises habitudes alimentaires peuvent causer des carences nutritionnelles graves. Les muscles cardiaques peuvent se détériorer au cours du temps, et entraîner éventuellement une insuffisance cardiaque. Le système immunitaire est affaibli, ce qui accroît la susceptibilité aux infections. La consommation abusive d'alcool au cours du temps a également été associée au développement de certains cancers (p. ex. de la gorge, de la bouche et du foie), à l'hypertension et à des lésions cardiaques et cérébrales. Les hommes qui abusent chroniquement de l'alcool peuvent présenter une réduction du taux de testostérone, un dysfonctionnement érectile, la stérilité, une hypertrophie des seins et une atrophie des testicules. Les femmes peuvent présenter des irrégularités menstruelles, une ménopause précoce et éventuellement l'infécondité. La consommation d'alcool durant la grossesse peut causer un avortement spontané, ou avoir des effets secondaires chez le bébé, y compris le syndrome d'alcoolisme fœtal (qui cause un retard de croissance), des malformations du visage et/ou de la tête, ou des anomalies éventuelles du système nerveux central (p. ex. retard mental). En général, la consommation chronique d'alcool peut réduire l'espérance de vie d'une personne de 15 ans¹⁴¹. Le risque de suicide sur la vie est de 15 % chez les alcooliques¹⁴¹, et 25 % de tous les cas de suicide sont liés à l'alcoolisme¹⁴⁴.

Le sevrage alcoolique est caractérisé par des symptômes de sevrage qui apparaissent autour de la 4^e à la 12^e heure après l'arrêt de la consommation prolongée, abusive d'alcool⁷, et est souvent qualifié de « gueule de bois ». Les symptômes de sevrage comprennent des maux de tête, une hyperactivité neurovégétative (c.-à-d. transpiration), des tremblements des mains, de l'insomnie, de l'anxiété, de l'anorexie, la sécheresse de la bouche et des nausées ou des vomissements. Le sujet peut devenir renfermé et profondément déprimé. Les perturbations du sommeil peuvent persister pendant des mois. Jusqu'à 5 % des alcooliques éprouvent des complications graves du sevrage, telles que des crises convulsives de type grand mal, un delirium ou des tremblements⁷. En général, le sujet ingère plus d'alcool pour éviter ou pour éliminer les symptômes de sevrage.

Le dépistage et le traitement de l'alcoolisme est compliqué par le déni¹⁴⁴. Le traitement comprend l'administration de naltrexone, un médicament qui perturbe l'activité chimique dans les récepteurs du cerveau qui procurent la sensation de plaisir lié à l'alcool, ce qui réduit les états de besoin associés à l'alcool. Le disulfirame est un médicament qui bloque le métabolisme de l'alcool, ce qui produit des symptômes toxiques et provoque des vomissements et/ou des maux de tête graves si le sujet boit de l'alcool. Ces symptômes sont suffisamment désagréables pour que le sujet ne risque pas d'intégrer de l'alcool et ce traitement est par conséquent considéré comme très efficace si le sujet s'y conforme. La désintoxication sous surveillance médicale peut aider à contrôler les symptômes de sevrage; une

injection intraveineuse de glucose peut être nécessaire pour contrôler l'hypoglycémie. Des programmes de soutien comprenant une désintoxication, une réadaptation et des soins de suivi sont ceux qui donnent les meilleurs résultats de long terme. Les sujets alcooliques ont besoin d'un réseau de soutien énergétique; les alcooliques anonymes (AA) sont un groupe de soutien systématique bien connu qui est très répandu et très efficace pour combattre l'abus d'alcool. L'exercice physique et une bonne nutrition sont également des aspects très importants de la prévention des rechutes. Les sujets en rémission doivent continuer d'éviter toutes les boissons alcoolisées – l'abstinence totale est le seul traitement efficace. Une fois en rémission, il est fort probable qu'une personne se rétablissant de l'alcoolisme perde le contrôle après le premier verre d'alcool et qu'elle éprouve de nouveau des problèmes graves⁷.

Abus d'alcool (léger à modéré)

CIM-9: 303.9, CIM-10 – Utilisation d'alcool nocive pour la santé F10.1

Le présent état de santé fait référence à une personne ayant un degré léger à modéré d'utilisation d'alcool de manière nocive pour sa santé. La personne continue de consommer de l'alcool malgré les répercussions sur sa santé mentale et physique. Ses relations sociales, professionnelles et familiales sont affectées. À mesure que la personne continue d'avoir une consommation excessive d'alcool, le risque que cette consommation se transforme en un abus grave d'alcool et que la personne éprouve les limitations fonctionnelles associées à l'état de santé ci-après (Abus d'alcool – grave) augmente^{7,144}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1

Abus d'alcool (grave)

CIM-9: 303.9, CIM-10 – Utilisation d'alcool nocive pour la santé F10.1

L'alcoolisme est caractérisé par une altération du contrôle de la consommation d'alcool, une préoccupation axée sur l'alcool et la poursuite de la consommation de la substance malgré ses effets néfastes sur la vie de la personne. L'usage inapproprié continu d'alcool perturbe la santé physique et mentale du sujet, ses relations sociales et familiales, et ses responsabilités scolaires et/ou professionnelles. Des altérations de la mémoire et de la perception sont particulièrement fréquentes. D'autres signes d'abus sévère comprennent le déni, les trous de mémoire et la consommation d'alcool le matin (pour éviter les symptômes de sevrage). L'anxiété et la dépression sont fréquentes, particulièrement chez les femmes qui abusent de l'alcool^{7,144}. L'expression verbale peut se détériorer, en particulier quand la consommation augmente. En général, on note des tremblements et une diminution des fonctions motrices fines.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	3	3	3	4	3	3	2	1	1	2

Surdose d'alcool

CIM-9: 980.0

L'alcool affecte les centres nerveux qui contrôlent les appareils respiratoire et cardiovasculaire. Une surdose d'alcool peut causer la dépression de ces actions neurovégétatives, et éventuellement entraîner la mort (p. ex. due à un arrêt respiratoire). Des signes avertisseurs comprennent un pouls faible, une diminution de la fréquence respiratoire, une hypotension, de la confusion mentale, des convulsions, des vomissements et une non-réactivité générale. Le traitement d'une surdose d'alcool nécessite généralement une hospitalisation et une surveillance médicale du sujet, l'administration de liquide par voie intraveineuse (glucose) et, au besoin, un lavage gastrique ou une intubation^{7,144}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	4	4	1	5	5	1	4	1	1	1

Traitement de l'alcoolisme (sevrage aigu sous traitement)

CIM-9: 291.81, 94.63

La phase de traitement d'un alcoolique débute par la gestion du sevrage. Durant ce dernier, le sujet éprouve de nombreuses manifestations physiques, y compris des maux de tête, des nausées ou des vomissements, et dans les cas graves, des hallucinations et un delirium. Le traitement comprend une éventuelle hospitalisation, l'administration de médicaments pour traiter les symptômes de sevrage et une thérapie de soutien social. Les rechutes sont fréquentes; l'issue du traitement au cours du temps dépend de la motivation et du degré de confiance du patient^{7,144}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	2	3	3	4	4	3	1	1	1	1

Rémission de l'abus d'alcool

CIM-9: 303.03

Une personne en rémission d'abus d'alcool doit modifier son mode de vie; elle doit éviter les personnes et les lieux qu'elle côtoyait quand elle abusait de l'alcool pour prévenir le désir de boire. De nombreux sujets assistent aussi hebdomadairement à des réunions de soutien et prennent même des médicaments pour éviter une rechute. Bien que certaines personnes arrivent à une rémission stable de l'alcoolisme, nombre d'entre elles continuent de vivre avec le besoin constant de boire^{7,144}.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1

Partie 2 - Utilisation d'héroïne nocive pour la santé

L'héroïne est un opiacé semi-synthétique appartenant à une catégorie de drogues qui sont souvent prescrites comme analgésiques, anesthésiques, antidiarrhéiques ou antitussifs⁷. Les opiacés sont dérivés du pavot somnifère et déprime le système nerveux central en ayant des effets psychotropes (modification de l'activité mentale). Certains opiacés sont utilisés pour traiter la douleur aiguë, comme la morphine (ou OxyContin), une substance présente naturellement dans le pavot somnifère; cependant, les opiacés ne conviennent pas pour traiter la douleur chronique, en raison du risque élevé d'accoutumance. L'héroïne est produite en modifiant chimiquement les propriétés de la morphine. Il s'agit de l'une des drogues de la catégorie des opiacés dont l'usage est le plus fréquemment détourné⁷. On ne peut se la procurer que sur les marchés illicites.

L'utilisation et l'abus d'héroïne débutent habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine et le ratio de masculinité est de 3 à 1⁷. La prévalence de l'héroïne est de l'ordre de 1 % dans la population générale^{7,145}. La prévalence augmente avec l'âge. La dépendance débute généralement après l'âge de 40 ans⁷. L'héroïnomanie s'observe à tous les niveaux de revenu, à tous les âges et dans toutes les classes sociales.

L'héroïne est généralement prise par injection, mais elle peut être fumée ou ingérée sous forme de comprimé ou de liquide. Si elle est chauffée et brûlée, il se dégage des vapeurs d'héroïne qui peuvent être inhalées. Elle peut également être ajoutée aux cigarettes (au tabac ou à la marijuana). Les tests de dépistage de la drogue (dans l'urine) permettent de détecter l'héroïne de 12 à 36 heures après l'administration⁷. Les effets de l'utilisation de l'héroïne peuvent être ressentis dans les secondes qui suivent l'administration par voie intraveineuse; si la drogue est sniffée, inhalée ou injectée dans un muscle sous la peau, les effets peuvent être ressentis en quelques minutes. En général, le fonctionnement mental est brouillé à cause de la dépression du système nerveux central; dans le cas de fortes doses, la fonction cardiaque et la respiration peuvent ralentir au point de causer un coma, voire même la mort. La caractéristique essentielle de l'intoxication à l'héroïne est la présence de changements comportementaux ou psychologiques importants qui se manifestent durant la consommation d'héroïne ou peu après celle-ci⁷. Les symptômes comprennent une euphorie initiale suivie par de l'apathie, une contraction pupillaire, de la somnolence (voir même un coma), une difficulté d'élocution, une altération de la mémoire, de l'inattention concernant l'environnement (éventuellement au point d'ignorer des événements dangereux), de la dysphorie, une agitation psychomotrice, une altération du jugement, et une altération du fonctionnement social ou professionnel. Après les premiers effets, l'utilisateur se sent somnolent. Les symptômes de l'intoxication à l'héroïne durent généralement plusieurs heures. La sévérité de ces symptômes dépend de la dose et du seuil de tolérance. À des doses élevées, le sujet ne peut pas être réveillé. En cas de consommation régulière, une tolérance s'installe et le sujet requiert une plus grande quantité de drogue pour obtenir l'effet désiré. Au cours du temps, des doses plus élevées contribuent à la dépendance physique et à l'accoutumance.

Un individu dépendant à l'héroïne présente un mode régulier de compulsions à prendre la drogue, et la planification de ses activités quotidiennes est habituellement axée autour de l'obtention et de la consommation d'héroïne. En outre, le sujet a un seuil important de tolérance et éprouve des symptômes de sevrage en cas d'arrêt soudain de la prise de la substance⁷. L'intensité de la dépendance physique à l'héroïne s'accroît généralement avec l'augmentation de la dose et la durée de l'utilisation. Les personnes qui abusent de l'héroïne mais qui n'y sont pas dépendantes ne la consomment habituellement pas aussi souvent ou ne développent pas de symptômes de sevrage importants⁷. Cependant, ils peuvent faire face à des difficultés juridiques dues à l'intoxication ou à la possession de la drogue, au même titre que les sujets dépendants. La dépendance psychologique comprend le besoin impérieux de consommer de la drogue et une compulsions à poursuivre son utilisation.

Le sevrage se manifeste après l'arrêt d'une consommation d'héroïne passive et prolongée⁷. Il ne met pas la vie en danger, mais cause un grand inconfort. Les symptômes de sevrage débutent habituellement de 5 à 12 heures après la prise de la dernière dose, culminent entre 36 à 72 heures après et cessent habituellement dans les 7 à 10 jours. La gravité des symptômes augmente avec la dose et la durée de la dépendance. Les symptômes de sevrage comprennent généralement de l'anxiété, de l'agitation et des douleurs souvent localisées dans le dos et les jambes; Une sensibilité à la douleur et un désir d'obtenir de l'héroïne (c.-à-d., état de besoin) tendent à accompagner les symptômes de sevrage aigu. D'autres symptômes comprennent un sentiment de malaise, de l'irritabilité, de la diarrhée, de l'anorexie, des crampes abdominales, des nausées, des vomissements, un écoulement nasal, un larmoiement, de la transpiration, des frissons, la chair de poule, des spasmes musculaires, des douleurs osseuses et musculaires, et un bâillement. L'anxiété et l'insomnie sont très fréquentes et peuvent persister pendant des mois; la dépression émotionnelle peut durer des années¹⁴⁶. Le rétablissement complet peut prendre six mois ou plus.

Le traitement de l'accoutumance à l'héroïne varie selon le sujet, mais c'est dans les cas où l'abus est reconnu tôt qu'il est le plus efficace. On prescrit généralement de la méthadone, un opiacé synthétique qui soulage les états de besoin, minimise les symptômes de sevrage et bloque les effets de l'héroïne (de sorte que les sujets qui continuent de prendre de l'héroïne ne ressentiront plus les effets et par conséquent, ne seront plus enclins à continuer d'en prendre). Les programmes d'administration de méthadone facilitent la rémission également; la méthadone ne présente pas de danger pour la santé, même en cas d'usage prolongé pendant plus de dix ans¹⁴⁷. Dans le cadre d'un programme d'entretien à la méthadone, l'héroïnomanes reçoit un approvisionnement stable et égal de méthadone qui n'est fournie et prise par voie orale qu'une fois par jour. Malgré le risque d'accoutumance à la méthadone, le sujet est capable de participer à d'autres aspects de la thérapie et est sevré progressivement de la drogue une fois qu'il est certain qu'il pourra vivre une vie plus normale.

À elle seule, la médication n'arrête pas l'accoutumance. D'autres modalités thérapeutiques comprennent les programmes de désintoxication qui visent à réduire au minimum la gravité des symptômes de sevrage et d'autres complications médicales. La désintoxication prend habituellement une semaine et peut avoir lieu dans une clinique spéciale ou à domicile avec l'aide d'un médecin et le soutien de la famille et des amis. Cependant, les programmes de désintoxication ne sont utiles que s'ils sont suivis d'un traitement de longue durée (p. ex. à la méthadone). Les meilleurs traitements sans prise de médicament semblent être les programmes thérapeutiques en résidence communautaire qui durent de trois à six mois¹⁴⁷. Les interventions cognitives sont axées sur l'éducation et la formation du sujet afin de lui permettre de bâtir une nouvelle vie, socialement productive. Malheureusement, les rechutes sont fréquentes chez les anciens héroïnomanes.

Abus d'héroïne / Utilisation d'héroïne nocive pour la santé

CIM-9: 304.0, CIM-10 – Utilisation d'héroïne nocive pour la santé F11.1

L'héroïne est une drogue de la famille des opiacés qui crée une forte dépendance et a des effets psychotropes sur l'utilisateur. Les individus qui consomment de l'héroïne y deviennent physiquement et psychologiquement dépendants. Quand cette dépendance survient, l'activité principale dans la vie du toxicomane devient la recherche et l'utilisation de la drogue. Les personnes qui prennent de l'héroïne ont tendance à être lunatiques, anxieuses et présentent un risque de dépression. Dans le long terme, les personnes qui utilisent régulièrement de l'héroïne peuvent présenter des maladies infectieuses causées par les injections faites avec des aiguilles contaminées (p. ex. VIH/sida, hépatite B et C, tuberculose), des marques d'injection, des veines sclérosées, des changements immunologiques, de l'arthrite, des troubles pulmonaires, des abcès, une infection de la membrane qui tapisse le cœur (endocardite) et des valves cardiaques, des infections bactériennes, et des troubles neurologiques. La diminution de l'appétit entraîne généralement une malnutrition. Des problèmes de fonctionnement sexuel sont fréquents; les femmes ont un cycle menstruel irrégulier et leur fonction de procréation est perturbée; les hommes éprouvent souvent un dysfonctionnement érectile. Les personnes qui fument de l'héroïne souffrent souvent de pneumonie et d'autres affections pulmonaires. L'activité criminelle, la violence et la prostitution sont des phénomènes fréquents chez les héroïnomanes.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	3	2	1	4	4	3	1	1	1	1

Surdose d'héroïne

CIM-9: 965.01, E850.0

Une surdose d'héroïne peut entraîner un coma, voire même la mort, si le sujet ne reçoit pas de traitement médical immédiat. Toutefois, le présent état de santé fait référence à une personne qui a pris une surdose d'héroïne, mais qui n'est pas dans un état comateux. Des médicaments, tels que la Naloxone, doivent être administrés afin de combattre l'inconscience causée par la surdose d'héroïne¹⁴⁸. Des moyens de contention sont mis en place avant d'administrer la Naloxone, parce qu'un toxicomane qui sort de l'inconscience est agité, délirant et combatif. Le sujet doit être observé pendant au moins 24 heures pour s'assurer qu'il ne présente pas d'autres dépressions respiratoires. La surdose d'héroïne est habituellement involontaire et représente un risque particulier de la vie dans la rue. Le décès par surdose n'est pas inhabituel.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	4	4	3	5	5	3	1	1	1	1

Traitement de la dépendance à l'héroïne (sevrage aigu avec traitement)

CIM-9: 292.0, 94.66

Le sevrage de l'héroïne cause un grand inconfort physique, mais ne met pas la vie en danger. Son intensité culmine habituellement de 36 à 72 heures après la dernière prise d'héroïne, et il peut durer jusqu'à deux semaines. Certains symptômes de sevrage comprennent des bâillements excessifs, des poussées de frissons alternant avec des poussées de transpiration excessive, des bouffées de chaleur, des tremblements, une irritabilité accrue, de l'insomnie, de la dépression, des spasmes musculaires et de fortes démangeaisons. Des médicaments sur ordonnance peuvent être administrés pour soulager les symptômes de sevrage à court terme, ainsi que les états de besoin de long terme éprouvés par les toxicomanes. La thérapie est également un élément important du traitement, car elle aide le sujet à reconstruire sa vie après la toxicomanie. Le traitement initial a lieu en grande partie pendant que le sujet vit en résidence.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
4	2	4	3	4	3	3	1	1	1	2

Rémission de l'héroïnomanie

CIM-9: 304.03

Les anciens héroïnomanes peuvent continuer à prendre des médicaments sur ordonnance pour les aider à soulager leurs besoins impérieux d'héroïne, comme la méthadone, qui peut être prise indéfiniment au besoin. Cependant, ils doivent également modifier considérablement leur mode de vie et leur comportement, comme éviter les gens et/ou les lieux associés à leur dépendance antérieure à la drogue, s'ils veulent éviter la rechute. La dépression, l'anxiété et l'insomnie peuvent persister après le syndrome de sevrage et peuvent durer de nombreuses années. Des symptômes physiques, ainsi qu'une altération de la concentration, de la mémoire et de la pensée peuvent également persister. Le désir impérieux d'opiacé persiste habituellement très longtemps; environ 20 % à 30 % des personnes ayant une dépendance aux opiacés arrivent à demeurer abstinentes dans le long terme⁷. Une personne qui retourne à l'héroïne après une période de rémission court un risque élevé de surdose mortelle, parce que sa tolérance a disparu.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	3	2	4	2	2	1	1	1	1

Partie 3 - Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépine

Les benzodiazépines sont des substances anxiolytiques prises en considération dans le chapitre sur les troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques du DSM-IV. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques forment une catégorie de substances qui comprend tous les médicaments somnifères et presque tous les médicaments anxiolytiques vendus sur ordonnance. En général, ces substances sont des déprimeurs du système nerveux central. À forte dose, elles peuvent être mortelles, spécialement si elles sont mélangées à de l'alcool⁷. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques sont obtenus sur ordonnance ou sur le marché illicite.

Les benzodiazépines sont les substances utilisées le plus fréquemment dans la catégorie des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, et font partie des médicaments prescrits le plus systématiquement pour traiter l'anxiété chronique (p. ex., Valium, Xanax). Les personnes qui prennent ces médicaments cherchent à soulager l'anxiété et la tension, les effets souhaités étant une relaxation et une sensation de calme. Certaines personnes peuvent prendre des benzodiazépines pour « redescendre » après avoir pris de la cocaïne ou des amphétamines⁷. La consommation prolongée de benzodiazépines entraîne souvent une dépendance physique et l'arrêt soudain de la drogue peut mettre la vie en danger. Les personnes qui utilisent des benzodiazépines pendant plus d'un mois doivent être sevrées du médicament afin de réduire le nombre et la gravité des symptômes de sevrage.

Environ 10 % de Canadiens déclarent utiliser des benzodiazépines au moins une fois par an, et parmi ceux-ci, un sur dix continue de les utiliser pendant plus d'un an¹⁴⁶. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des benzodiazépines pour des raisons médicales¹⁴⁶, ce qui leur fait courir un risque plus grand d'abus de ces substances.

Une personne qui présente une dépendance physiologique aux benzodiazépines possède des seuils très élevés de tolérance et de sevrage. Toutefois, un diagnostic de dépendance n'est posé que si le sujet manifeste également des signes d'autres problèmes, comme un comportement de recherche intense de drogue au point que des activités sont abandonnées ou réduites afin d'obtenir la drogue⁷. L'intoxication aux benzodiazépines paraît durant ou peu après la consommation de la drogue et ressemble fortement à l'intoxication à l'alcool, causant des changements cliniquement significatifs de comportement et d'état mental. Par exemple, le sujet peut avoir un comportement sexuel inapproprié et devenir agressif; souvent, on observe une altération du jugement et du fonctionnement social et professionnel. Au moins l'un des signes suivants se manifestent : difficulté d'élocution, manque de coordination; démarche ébrieuse; nystagmus (mouvements incontrôlés des yeux); altération de l'attention ou de la mémoire; et/ou stupeur ou coma⁷. Une intoxication intense et/ou répétée peut causer une dépression sévère, qui peut donner lieu à des tentatives de suicide ou à un suicide réussi.

Le sevrage des benzodiazépines survient après l'arrêt ou la réduction d'une consommation forte et prolongée de benzodiazépine⁷. Peu après (de quelques heures à quelques jours après la dernière prise), le sujet éprouve au moins deux des manifestations suivantes : hyperactivité neurovégétative (augmentation de la fréquence cardiaque, transpiration); tremblement des mains; insomnie; nausées ou vomissements; hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives (souvent dans le contexte d'un delirium, particulièrement en cas de sevrage sévère); agitation psychomotrice; anxiété; et/ou crises convulsives de type grand mal⁷. Ces symptômes causent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines. Enfin, ces symptômes ne peuvent pas être dus à une affection médicale générale et ne peuvent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental. Certains sujets peuvent développer un delirium susceptible de mettre leur vie en danger. Des crises convulsives de type grand mal surviennent chez 20 % à 30 % des sujets subissant un sevrage sans traitement⁷. En général, le sevrage sera d'autant plus long et d'autant plus sévère que la consommation de benzodiazépines a été longue que les doses utilisées étaient fortes. Des symptômes moins intenses sont susceptibles de persister pendant plusieurs mois.

Les personnes présentant une accoutumance aux benzodiazépines doivent en être sevrées lentement, faute de quoi elles éprouvent des symptômes de sevrage extrêmes. Elles doivent être surveillées durant le sevrage par des spécialistes qui peuvent modifier sans danger la médication pour passer de médicaments à action brève à des médicaments à action prolongée, puis, réduire lentement la prise de ces médicaments à action prolongée sur une période pouvant durer des mois, voire même des années. Le sujet devrait également bénéficier de counselling et d'une thérapie de soutien.

Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépine (légère à modérée)

CIM-9: 304.1, CIM-10 – Utilisation nocive pour la santé d'autres substances psychoactives F19.1

Le présent état de santé fait référence à une personne présentant une utilisation de benzodiazépines nocive pour la santé de degré léger à modéré; par exemple, une personne âgée à laquelle on a prescrit des benzodiazépines pour 30 jours, mais qui consomme tous les comprimés en 10 jours. En général, le sujet fonctionne bien, mais peut continuer de négocier avec le médecin traitant en vue d'augmenter la dose et la prescription. Plus cette situation dure longtemps, plus il est probable que la consommation abusive de benzodiazépines devienne grave⁷ et que le sujet manifeste les limitations fonctionnelles associées à l'état de santé décrit ci-dessous (Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépines – grave).

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1

Utilisation nocive pour la santé de benzodiazépine (grave)

CIM-9: 304.1, CIM-10 – Utilisation nocive pour la santé d'autres substances psychoactives F19.1

Les personnes qui abusent gravement des benzodiazépines continuent d'utiliser la drogue même quand elles n'en ont plus besoin et peuvent développer une dépendance physique ainsi que psychologique à cette drogue. Ces sujets utilisent les benzodiazépines pour atteindre un état euphorique et diminuer la conscience de soi. Les signes de l'intoxication ressemblent à un comportement ivre, avec une difficulté d'élocution et de la désorientation. Les sujets accoutumés aux benzodiazépines éprouvent aussi de l'anxiété et se comportent agressivement quand ils n'arrivent pas à obtenir une plus grande quantité de benzodiazépines et essaient souvent de manipuler le système de soins de santé afin de pouvoir continuer à recevoir leurs ordonnances. Les obligations professionnelles ou scolaires peuvent être négligées à cause de l'intoxication; les relations sociales peuvent être affectées à cause de querelles au sujet de l'utilisation de la substance. Les sujets peuvent s'adonner à des comportements dangereux (p. ex. conduite d'un véhicule après la consommation de la substance).

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	3	4	4	3	2	2	1	1	1

Surdose de benzodiazépine

CIM-9: 969.4, E853.2

Une personne qui fait une surdose de benzodiazépines finit par entrer dans un sommeil profond qui peut évoluer vers une stupeur ou un coma. Le présent état de santé fait référence à une personne dont l'état n'est pas comateux. Durant une surdose, la dépression cardiovasculaire et respiratoire est importante. Les premiers symptômes d'une surdose sont l'altération de la pensée, la désorientation, des difficultés d'élocution, une faiblesse musculaire, et un manque de coordination motrice. On peut également observer des psychoses toxiques, y compris des hallucinations et des idées délirantes paranoïdes. En grande partie absente durant une surdose, l'anxiété augmente dans les jours qui suivent. Le traitement d'une surdose de benzodiazépines comprend le lavage gastrique (aspiration gastrique), éventuellement une intubation (en cas d'arrêt respiratoire) et éventuellement une aspiration (si le contenu de l'estomac est vomi dans les poumons), ainsi qu'une hospitalisation prolongée. La surdose de benzodiazépines peut être accidentelle ou délibérée, mais rare sans la prise d'alcool ou d'une autre drogue⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	4	1	4	5	5	1	3	1	1	1

Traitement de l'utilisation de benzodiazépine (légère à modérée)

CIM-9: 292.0, 94.66

Le traitement d'une personne qui utilise des benzodiazépines pendant une période brève est habituellement prodigué en consultations externes. Un traitement léger à modéré, surveillé par le médecin de famille, est souvent suffisant; l'hospitalisation est rarement nécessaire. L'offre de counselling et de soutien est fortement recommandée⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	1	3	3	2	2	3	1	1	1	1

Traitement de l'utilisation de benzodiazépine (grave – sevrage aigu avec traitement)

CIM-9: 292.0, 94.66

Le sevrage après une consommation grave de benzodiazépines doit être pris en charge par un médecin parce qu'il peut mettre la vie en danger. Généralement, on administre au sujet qui fait un sevrage un autre médicament à action prolongée, puis on procède au sevrage lent de ce médicament pendant que le sujet reçoit un counselling et un soutien. Pendant le sevrage des benzodiazépines, les sujets sont anxieux, irritables et éprouvent de l'insomnie, des hallucinations et de la panique. L'hospitalisation prolongée est souvent nécessaire pour achever le sevrage et la guérison⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
4	2	4	3	4	3	4	1	1	1	1

Rémission de l'utilisation de benzodiazépine

CIM-9: 304.13

Une personne dont l'utilisation nocive pour la santé de benzodiazépine est en rémission doit trouver des moyens de se relaxer et de réduire elle-même son anxiété, comme la méditation ou l'exercice. Elle doit aussi éviter les situations et les gens qui pourraient la conduire à recommencer à abuser du médicament⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1

Partie 4 - Utilisation nocive pour la santé du cannabis

Le cannabis est la drogue illicite dont l'usage est le plus fréquent¹⁴⁹. Il se présente sous trois formes, chacune dérivée d'une plante appelée chanvre, ou *Cannabis sativa*. L'une de ces formes est la marijuana qui comprend les feuilles et les tiges coupées et séchées de la plante; les deuxième et troisième formes, le haschich et l'huile de haschich (un distillat concentré de haschich), proviennent de la résine qui s'écoule des feuilles de la plante, séchée. La marijuana et le haschich sont habituellement fumés, mais ils peuvent être pris par voie orale, mélangés à du thé ou à des aliments. Le cannabinoïde responsable des effets psychoactifs du cannabis (le « high ») est le delta-9-tétrahydrocannabinol (aussi appelé THC). La quantité de THC varie, mais l'huile de haschich est le produit qui en contient habituellement le plus, et qui a donc les effets psychoactifs les plus prononcés. Viennent ensuite le haschich, puis la marijuana.

Le cannabis est relativement bon marché et rarement difficile à obtenir. Les utilisateurs de cannabis proviennent de tous les groupes d'âge et de tous les niveaux d'études et de revenus. La prévalence des troubles liés à l'utilisation de cannabis la plus élevée s'observe chez les personnes de 18 à 30 ans, et elle est plus forte chez les hommes que chez les femmes⁷. Selon une étude menée auprès des jeunes Canadiens, le taux de prévalence sur la vie de l'utilisation de marijuana était de 40 %¹⁵⁰. Dans l'ensemble, la prévalence de l'utilisation semble diminuer quand l'âge augmente¹⁵¹.

L'utilisation fréquente de cannabis débute à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Souvent, une personne commence à utiliser du cannabis parce qu'elle est curieuse ou qu'elle veut conformer sa conduite à celle de ses amis; les difficultés scolaires ou l'ennui peuvent contribuer à la décision. Les facteurs de risque comprennent l'utilisation de drogue par les pairs, l'alcoolisme ou l'usage de drogue des parents, une faible surveillance parentale, un comportement criminel et la délinquance¹⁴⁴. L'usage chronique de cannabis peut entraîner une dépendance mentale et physique. En outre, l'usage répété produit une tolérance; par conséquent les personnes qui fument régulièrement de fortes doses de cannabis doivent augmenter leur dose quotidienne pour obtenir les effets désirés (ou ils doivent s'abstenir de l'utiliser pendant plusieurs jours afin de rétablir leur sensibilité originale). Les sujets présentant une dépendance au cannabis peuvent passer plusieurs heures par jour à se procurer et à utiliser la substance, et ce pendant des mois ou des années, bien qu'ils en connaissent les conséquences physiques ou psychologiques. Les personnes qui prennent du cannabis pour soulager le stress courent un risque élevé de dépendance psychologique¹⁴⁶.

Dans le DSM IV, l'intoxication au cannabis est définie comme la présence de changements comportementaux ou psychologiques inadaptés qui surviennent durant ou peu après l'utilisation du cannabis et qui sont accompagnés par au moins deux des manifestations suivantes : conjonctives injectées (yeux rouges), augmentation de l'appétit, bouche sèche et tachycardie⁷. Si le cannabis est fumé, l'intoxication a lieu en quelques minutes et dure habituellement de deux à quatre heures, selon la dose; si le cannabis est pris par voie orale, l'intoxication se développe plus lentement, mais dure plus longtemps que quand il est fumé. Certains utilisateurs se sentent heureux et bavards pendant qu'ils sont intoxiqués; d'autres deviennent calmes et renfermés. Les effets immédiats de l'intoxication sont les suivants : sédation, dilatation des pupilles, toux, élévation de l'humeur, euphorie, volubilité, bronchodilatation, altération de la perception du temps et allongement du temps de réaction. La léthargie, l'altération psychomotrice et perceptuelle, la paranoïa, l'altération du jugement et de la coordination motrice sont d'autres effets. En général, plus la dose est forte plus les effets sont prolongés, mais la durée peut aussi dépendre des caractéristiques de l'utilisateur (c. à d. vitesse d'absorption, tolérance). La mémoire à court terme, la concentration et la pensée abstraite s'améliorent généralement après quelques semaines d'abstinence, mais des déficiences peuvent persister pendant plusieurs années.

Des études ont montré que l'usage prolongé du cannabis réduit la numération des spermatozoïdes chez l'homme et pose des problèmes de fécondité chez la femme¹⁴¹, et qu'il affaiblit le système immunitaire. Les gros utilisateurs chroniques semblent avoir moins de motivation et d'ambition que les autres. Les déficiences cognitives, particulièrement celles de l'attention et de la mémoire, peuvent persister même après une abstinence prolongée. Des problèmes d'adaptation,

une réduction des compétences en communication et des compétences sociales, ainsi qu'une incapacité à se concentrer ne sont pas inhabituels en cas d'usage chronique. Des maladies respiratoires peuvent se manifester car la façon privilégiée d'utiliser la substance consiste à la fumer, ce qui peut léser les poumons et causer une toux persistante, une respiration sifflante, de l'asthme, de l'emphysème, l'augmentation de la production de flegme et des infections pulmonaires. Ces symptômes et effets s'ajoutent à ceux du tabagisme, de sorte que les personnes qui fument du cannabis et du tabac courent un risque accru de cancer du poumon, de la nuque et de la tête à un âge plus jeune; la fumée de marijuana contient même une plus grande quantité de carcinogènes connus que la fumée du tabac⁷. Les femmes qui utilisent du cannabis durant la grossesse sont plus susceptibles de donner naissance à un bébé prématuré ou de faible poids.

Aucun syndrome de sevrage particulier n'est défini dans le DSM IV, mais chez les personnes qui utilisent chroniquement de fortes doses de cannabis, l'arrêt soudain peut causer des symptômes de sevrage, tels que de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'insomnie, une perte d'appétit et de poids, de la dysphorie, des nausées et des sueurs. Ces symptômes disparaissent généralement en moins d'une semaine, mais certaines perturbations (p. ex. sommeil) peuvent durer des années. Le traitement comprend rarement l'admission dans un centre de désintoxication ou la surveillance d'un professionnel de la santé. Il est recommandé que la personne reçoive un soutien, un réconfort de la famille et des amis, et qu'elle modifie son mode de vie, notamment pour éviter les personnes, les lieux et les choses associés à l'usage du cannabis. Chez les adolescents, sans intervention précoce, les jalons du développement peuvent être perturbés ou retardés.

Utilisation nocive pour la santé de cannabis

ICD-9: 304.3 ICD-10 – Harmful cannabis use F12.1

Cannabis est le terme général utilisé pour décrire la marijuana, le haschich et l'huile de haschich. L'état de santé décrit à la présente section fait référence à une personne qui utilise du cannabis quotidiennement. Les personnes dans cette situation présentent une altération du fonctionnement moteur, une altération du jugement et des difficultés associées aux processus mentaux complexes, y compris des déficits de la mémoire à court terme et une diminution de l'attention et de la concentration, qui peuvent perturber le fonctionnement professionnel ou scolaire. L'intoxication s'accompagne généralement de somnolence et de sédation; les sujets manifestent souvent une léthargie globale et un manque de motivation et d'intérêt pour la vie. La perception de la profondeur, ainsi que l'altération de la coordination motrice, y compris le ralentissement des réactions, rendent dangereuses la conduite d'un véhicule et d'autres activités spécialisées. La fatigue et l'anxiété sont fréquentes une fois que les effets de l'intoxication se sont dissipés. En particulier, les adolescents qui abusent fréquemment du cannabis ont tendance à couper la communication avec leur famille, connaissent des changements d'humeur, voient baisser leur rendement scolaire, et nient leur utilisation malgré les signes manifestes d'intoxication ou les preuves sous forme d'attirail pour la consommation de drogue; ils courent aussi un plus grand risque d'abandonner l'école. L'usage prolongé de la drogue peut causer des lésions pulmonaires; on note généralement une amélioration de la mémoire de court terme et de la concentration après quelques semaines d'abstinence⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	2	2	2	4	3	3	1	1	2	1

Traitement de l'utilisation du cannabis (sevrage aigu avec traitement)

CIM-9: 292.0, 94.66

Une personne faisant un sevrage aigu du cannabis ne cherche généralement pas à se faire soigner. Le plus souvent, des amis et des membres de la famille de la personne interviennent de façon concertée. Ils fournissent alors à la personne un soutien et un réconfort à mesure que celle-ci se sèvre de la drogue et modifie son mode de vie. Dans d'autres cas, la personne toxicomane, dont l'usage est chronique, choisit de s'autosurveiller et de réduire sa consommation sur une certaine période. Les symptômes de sevrage ne mettent pas la vie en danger; en fait, l'importance clinique des symptômes de sevrage du cannabis n'est pas claire⁷. Ces symptômes comprennent de l'insomnie, des nausées, de l'irritabilité, de l'anxiété et une perte d'appétit et, parfois, de la dépression.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
2	1	2	2	3	2	2	1	1	1	1

Rémission de l'utilisation du cannabis

CIM-9: 304.33

Une fois qu'une personne cesse d'utiliser du cannabis, il est important qu'elle modifie son mode de vie afin de ne plus avoir de contact avec les personnes, les lieux et les choses qui pourraient l'inciter à recommencer à en prendre. Des problèmes d'insomnie de longue durée se manifestent souvent chez les personnes qui ont eu une dépendance au cannabis⁷. Les symptômes résiduels de dépression et de perte de mémoire peuvent persister pendant une période indéterminée.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1

Partie 5 - Utilisation nocive pour la santé de stimulants

La présente section décrit l'utilisation nocive pour la santé de stimulants, qui comprennent les amphétamines ainsi que la cocaïne. Les amphétamines sont des substances que l'on peut obtenir sur ordonnance pour traiter l'obésité (de nombreuses amphétamines servent de coupe-faim), le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et (ou) la narcolepsie⁷, et sont généralement prises par voie orale ou intraveineuse; la méthamphétamine est prise par voie nasale (« sniffée »). La cocaïne est une poudre blanche extraite de la plante de coca qui est habituellement prise par voie nasale, mais qui peut être fumée ou injectée. La cocaïne ne peut être obtenue presque exclusivement que sur le marché illicite. Aussi bien les amphétamines que la cocaïne sont des stimulants puissants du système nerveux central et elles ont des effets comportementaux et psychoactifs similaires – leur consommation produit habituellement un sentiment instantané d'euphorie et de confiance en soi. Les effets psychoactifs des amphétamines durent plus longtemps que ceux de la cocaïne⁷ et le nombre de prise d'amphétamines par jour est donc plus faible. La possession, le trafic et la polyprescription (*doctor/prescription shopping*) de stimulants sont illégaux et peuvent entraîner la constitution d'un casier judiciaire. L'utilisation de stimulants peut être mise en évidence dans l'urine pendant 1 à 3 jours après la dernière prise, mais jusqu'à 7 à 12 jours chez les utilisateurs prenant de fortes doses répétées⁷.

L'utilisation de stimulants se rencontre chez toutes les races et dans tous les groupes socioéconomiques, mais est la plus fréquente chez les 18 à 30 ans⁷, et affecte plus souvent les hommes que les femmes. La plupart des personnes qui utilisent des stimulants le font épisodiquement, dans leurs loisirs. Souvent, elles commencent à utiliser des stimulants pour contrôler leur poids, accroître leur niveau d'énergie, ou les découvrent sur les marchés illicites. L'évolution consiste habituellement en un usage chronique ou épisodique (épisodes de forte utilisation alternant avec de brèves périodes d'abstinence; c'est-à-dire forte utilisation durant les fins de semaine, mais moindre durant la semaine). Dans certains cas, la période de forte utilisation se termine seulement quand la réserve de drogue est épuisée. L'usage répété entraîne une tolérance; par conséquent, au fil du temps, les utilisateurs augmentent souvent leur prise quotidienne. En 1996 aux États-Unis, environ 5 % d'adultes ont déclaré prendre des stimulants pour leur effet euphorique⁷; environ 10 % de la population avaient déjà pris de la cocaïne⁷. Selon les estimations, de 5 % à 10 % seulement des personnes qui essayent la cocaïne finissent par l'utiliser de façon plus intensive¹⁴⁶.

La caractéristique essentielle de l'intoxication par des stimulants consiste en des changements comportementaux ou psychologiques significatifs se manifestant durant ou peu après l'utilisation⁷. Ces changements peuvent inclure les manifestations suivantes : euphorie, hypervigilance, anxiété, colère ou tension, sensibilité interpersonnelle, altération du jugement, et/ou altération du fonctionnement social ou professionnel. La gravité de ces symptômes dépend de la dose et des caractéristiques de la personne (c.-à-d. seuil de tolérance, durée de l'utilisation). En outre, au moins deux des manifestations qui suivent sont présentes : 1) tachycardie ou bradycardie; 2) dilatation des pupilles; 3) hyper ou hypotension; 4) transpiration ou frissons; 5) nausées ou vomissements; 6) signes de perte de poids; 7) agitation ou retard psychomoteur; 8) faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique ou arythmie cardiaque; 9) confusion, crises de convulsion, dyskinésie, dystonie ou coma⁷. Une intoxication grave par un stimulant peut donner lieu à une surdose, qui à son tour peut entraîner la mort.

L'intoxication dure habituellement moins d'une heure, de sorte qu'une consommation fréquente est nécessaire pour maintenir l'état d'euphorie. La dépendance aux stimulants peut apparaître après l'utilisation de la substance pendant une très courte période seulement⁷. Les personnes dépendantes manifestent habituellement un comportement agressif ou violent, particulièrement si elles prennent de fortes doses, auquel cas elles peuvent devenir dangereuses. L'anxiété est intense; des épisodes psychotiques sont possibles et ressemblent à des épisodes observés dans la schizophrénie paranoïde¹⁴¹. La plupart des personnes dépendantes aux stimulants ignorent les conséquences des comportements négatifs. Des difficultés juridiques sont probables en raison de la possession de la substance ou de son obtention

sur les marchés illicites. Une grande quantité d'argent peut être dépensée rapidement en de courtes périodes, ce qui risque de causer des catastrophes financières. Le vol, la prostitution et/ou le trafic de drogue sont des activités qui peuvent être entreprises afin d'acheter ou d'échanger plus de drogue. Souvent, les utilisateurs doivent interrompre leur consommation pendant des jours afin d'obtenir les fonds nécessaires pour acheter plus de drogue. Ils peuvent en arriver à négliger leurs responsabilités professionnelles ou familiales parce que, pour eux, les drogues sont plus importantes.

Les personnes qui utilisent des stimulants pendant une longue période ont souvent une hygiène personnelle qui laisse à désirer et des signes de malnutrition. Les saignements de nez sont fréquents chez les personnes qui prennent la drogue par voie nasale, et de la sinusite et/ou des lésions de la cloison nasale peuvent se développer. Les personnes qui fument des stimulants courent un risque accru de problèmes respiratoires. La dépendance à long terme peut entraîner un dysfonctionnement sexuel, l'isolement social et un comportement erratique. Des crises cardiaques, des palpitations et des arythmies, des accidents vasculaires cérébraux et des décès subis ont été associés à l'utilisation de cocaïne chez des personnes en bonne santé⁷.

Les utilisateurs de stimulants prennent souvent d'autres dépresseurs du système nerveux central (c.-à-d. alcool, cannabis) durant le sevrage pour essayer de réduire leur irritabilité et d'induire le sommeil. Le sevrage aux stimulants (« crash ») se développe de quelques heures à plusieurs jours après l'arrêt (ou la réduction) de la consommation massive et prolongée de stimulants⁷. La personne présente une humeur dysphorique et au moins deux des changements physiologiques suivants : fatigue; rêves intenses et déplaisants; insomnie ou hypersomnie; augmentation de l'appétit; agitation ou ralentissement psychomoteur. Ces symptômes causent une altération significative du fonctionnement social ou professionnel. Souvent, une personne en sevrage éprouve des symptômes transitoires, mais intenses, de dépression; la dépression avec idées/comportements suicidaires peut être observée. La personne requiert habituellement plusieurs jours de repos pour récupérer.

Le traitement de l'utilisation nocive pour la santé de stimulants débute généralement quand la personne admet qu'elle a un problème. Des médicaments peuvent être prescrits pour contrôler les effets du sevrage; la provocation de vomissements (ou un lavage gastrique) peut être nécessaire. Des mesures de prévention contre le suicide sont parfois nécessaires en plus d'une surveillance étroite et du traitement de la dépression. Une hospitalisation pour le traitement peut être requise, mais les groupes de soutien et les groupes d'entraide (p. ex. Narcotiques anonymes) suffisent souvent. La thérapie cognitivo-comportementale peut aider la personne à modifier ses attitudes et ses comportements à l'égard de l'utilisation de stimulants; les programmes de convalescence facilitent l'apprentissage des compétences d'adaptation. Un réconfort, du counselling et des soins de soutien doivent continuer d'être prodigués après l'achèvement du traitement.

Utilisation nocive pour la santé de stimulants

CIM-9: 304.4, CIM-10 – Utilisation nocive pour la santé de cocaïne F14.1/Utilisation nocive pour la santé d'autres stimulants F15.1

Les stimulants du système nerveux central comprennent la cocaïne et les amphétamines. Malgré les différences chimiques entre ces substances, celles-ci ont des effets sur le comportement remarquablement similaires et créent toutes une forte dépendance. Les stimulants procurent un sentiment initial d'euphorie (« high ») et de bien-être, suivi peu après d'une agitation qui peut entraîner un comportement violent. Les personnes qui prennent des stimulants éprouvent des symptômes d'anxiété, d'irritabilité, de malaise physique, d'insomnie et de confusion. Elles doivent aussi faire face à des altérations de leurs relations personnelles et professionnelles, ainsi qu'à des problèmes financiers et juridiques. La perte de poids et la malnutrition sont typiques, et sont le résultat d'une diminution de l'appétit durant l'intoxication. L'usage prolongé de stimulants peut également mener à une psychose paranoïde, comprenant des hallucinations, des idées délirantes et un sentiment de panique⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	2	3	3	4	4	3	1	1	1	1

Surdose de stimulants

CIM-9: E854.2

Une surdose de stimulants cause des tremblements, des convulsions et un delirium, et peut éventuellement aboutir à un état comateux. Les arythmies et/ou l'insuffisance cardiovasculaire peuvent entraîner la mort. Les personnes qui font une surdose éprouvent une anxiété extrême, qui peut durer pendant des jours. Le traitement d'une surdose comprend l'administration de liquide par voie intraveineuse, des médicaments pour combattre les symptômes de sevrage, une surveillance étroite et éventuellement une intubation; un lavage gastrique est parfois nécessaire également⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
4	4	5	1	5	5	4	1	1	1	1

Traitement de l'utilisation des stimulants (sevrage aigu avec traitement)

CIM-9: 292.0, 94.66

Les limites fonctionnelles associées au sevrage de stimulants comprennent une fatigue écrasante, de la somnolence et de la dépression. L'attention et la concentration sont déficientes et la personne éprouve une faim intense, qui finit par causer un gain de poids. Elle peut aussi devenir paranoïaque ou souffrir de manifestations physiques, telles que des frissons, des nausées ou des vomissements. Les personnes qui se servent de stimulants doivent faire l'objet d'une surveillance étroite en ce qui concerne la dépression, parce qu'elles courent un grand risque de suicide. Après le sevrage, la personne peut, au départ, avoir besoin d'un traitement à l'hôpital, suivi par un soutien et un réconfort continus⁷.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
3	3	4	4	4	3	1	1	1	1	1

Rémission de l'utilisation de stimulants

CIM-9: 304.43

Chez une personne en rémission après une dépendance aux stimulants, l'autosurveillance, ainsi qu'un bon réseau de soutien sont les clés de l'abstinence. Les rencontres avec des groupes d'entraide sont également importantes, de même que l'intégration dans leur mode de vie de nouvelles compétences d'adaptation et de stratégies de gestion de la vie. Le désir de consommer de la drogue peut persister des années; par conséquent, la personne doit éviter les personnes et/ou les lieux qu'elle côtoyait pendant qu'elle prenait la drogue⁷. Des symptômes physiques résiduels peuvent persister.

Classification										
Dimensions de base						Dimensions supplémentaires				
Douleur ou malaise	Fonctionnement physique	État émotif	Fatigue	Mémoire et pensée	Relations sociales	Angoisse	Parole	Ouïe	Vue	Dextérité
1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1

Références

1. Government of Canada. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada, 2006. Minister of Public Works and Government Services Canada. N° HP5-19/2006E au catalogue.
2. Murray CJL, Lopez AD, (rév.). Summary: The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.
3. Organisation mondiale de la santé. The global burden of disease: 2004 update. Switzerland: WHO Press; 2008.
4. Lim K-L, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada* 2008; 28(3): 92-98.
5. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, neuvième révision. Basic Tabulation List with Alphabetical Index. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1978.
6. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (2e éd.). Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004. Disponible en ligne à www.who.int/classifications/icd/en.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995.
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3(11):e442.
9. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H-G, Joyce PR, Karam EG, Lee C-K, Lellouch J, Lepine J-P, Newman SC, Rubio-Stipe M, Wells E, Wickramaratne PJ, Wittchen H-U, Yeh E-K. Cross-National epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276(4): 293-299.
10. Beaudet MP. Santé psychologique - la dépression. *Rapports sur la santé* 1999; 11(3):63-75.
11. Lepine J-P. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(suppl 13):4-10.
12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62(6):617-627.
13. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004; 49(2):124-138.
14. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62(6):593-602.
15. aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ* 2009; 180(3):305-313.
16. Lieb R, Isensee B, Höfler M, Pfister H, Wittchen H-U. Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:365-374.
17. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(suppl 15):8-11.
18. Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:185-189.
19. Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, Endicott J, Coryell W, Kunovac JL, Mueller TI, Rice JP, Keller MB. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:375-380.
20. Waintraub L, Guelfi JD. Nosological validity of dysthymia. Part I: historical, epidemiological and clinical data. *Eur Psychiatry* 1998; 13:173-180.
21. Brunello N, Akiskal H, Boyer P, Gessa GL, Howland RH, Langer SZ, Mendlewicz J, Paes de Souza M, Placidi GF, Racagni G, Wessely S. Dysthymia: clinical picture, extent of overlap with chronic fatigue syndrome, neuropharmacological considerations, and new therapeutic vistas. *Journal of Affective Disorders* 1999; 52:275-290.
22. Bagby RM, Ryder AG. Diagnostic discriminability of dysthymia and depressive personality disorder. *Depression and Anxiety* 1999; 10:41-49.
23. Oxman T, Barrett JE, Sengupta A, Katon W, Williams JW, Frank E, Hegel M. Status of minor depression or dysthymia in primary care following a randomized controlled treatment. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23:301-310.
24. Emilien G, Lucia Septien, Brisard C, Corruble E, Bourin M. Bipolar disorder: How far are we from a rigorous definition and effective management? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2007; 31:975-996.
25. Mental Health America. Bipolar Disorder: What you need to know. Disponible à <http://cms.nmha.org/index.cfm?objectId=74F71A5E-1372-4D20-C830054B471F27A0>. Consulté en novembre 2010.
26. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Oxford: Oxford University Press; 1990.
27. Nash J, Potokar J. Anxiety Disorders. *Medicine* 2004; 32(7):17-21.
28. Miller MC (rév.). Panic disorder. *Harvard Mental Health Letter* 2001; 17(9):1-5.

29. Taylor S, Asmundson GJG, Wald J. Psychopathology of Panic Disorder. *Psychiatry* 2007; 6(5):188-192.
30. Vanin JR, Vanin SK. Blocking the cycle of panic disorder. *Postgraduate Medicine Online* May 1, 1999; 105(5).
31. Mental Health America. Panic Disorder. Disponible à <http://www.mentalhealthamerica.net/go/panic-disorder>. Consulté en novembre 2010.
32. Ettigi P, Meyerhoff A, Chirban J, Jacobs RJ, Wilson RR. The quality of life and employment in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(6):368-372.
33. Hackmann A. Agoraphobia: clinical features and treatment strategies. *Psychiatry* 2007; 6(6):254-257.
34. Hayward C, Killen D, Taylor CB. The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents. *Psychological Medicine* 2003; 33:733-738.
35. McCabe L, Cairney J, Veldhuizen S, Herrmann N, Streiner DL. Prevalence and correlates of agoraphobia in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 14(6):515-522.
36. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB, Chen, L-S, Samuels J, Nestadt G, Eaton WW. Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188:432-438.
37. Mayo Clinic. Agoraphobia. Disponible à <http://www.mayoclinic.com/print/agoraphobia/DS00894/DSection=all&method=print>. Consulté en novembre 2010.
38. Kasper S. Social phobia: The nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50:S3-S9.
39. National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders. National Institutes of Health 2009. N° Publication 09 3879. Disponible à <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/nimhanxiety.pdf>. Consulté en novembre 2010.
40. Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America* 2001; 24(4):617-641.
41. Miller MC (rév.). Social phobia - Part 1. *Harvard Mental Health Letter* 1994; 11(4):1-3.
42. Kessler RC. The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(Suppl 417):19-27.
43. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1606-1613.
44. Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(Suppl 417):4-18.
45. Tyrer P, Baldwin D. Generalized Anxiety Disorder. *Lancet*, 2006; 368:2156-2166.
46. Mayo Clinic. Generalized Anxiety Disorder. Disponible à <http://www.mayoclinic.com/health/generalized-anxiety-disorder/DS00502>. Consulté en novembre 2010.
47. National Institute of Mental Health. Generalized Anxiety Disorder. Disponible à <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/generalized-anxiety-disorder-gad.shtml>. Consulté en novembre 2010.
48. Mental Health America. Generalized Anxiety Disorder (GAD). Disponible à <http://www.mentalhealthamerica.net/go/generalized-anxiety-disorder>. Consulté en novembre 2010.
49. Gliatto MF. Generalized anxiety disorder. *American Family Physician* 2000; 62(7):1591-1600, 1602. Disponible à <http://www.aafp.org/afp/20001001/1591.html>. Consulté en novembre 2010.
50. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166(Suppl 27):19-22.
51. Cyr NR. Obsessive Compulsive Disorder. *AORN Journal* 2007; 6(2):277-280.
52. Keeley ML, Storch EA, Dhungana P, Geffken GR. Pediatric obsessive-compulsive disorder: A guide to assessment and treatment. *Issues in Mental Health Nursing* 2007; 28:555-574.
53. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-compulsive disorder. Dans Nutt DJ, Ballenger JC (rev.). *Anxiety Disorders*. Malden, MA, USA: Blackwell Science Ltd.; 2003. pp. 83-94.
54. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 1989; 19(2):67-73.
55. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2001; 16:239-245.
56. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu J, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 12):7-10.
57. Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: The hidden epidemic. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 12):3-6.
58. Rowa K, Antony MM, Swinson RP. Behavioural treatment of obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2000; 28:353-360.
59. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of psychiatric research* 2006; 40:1-21.
60. Bryant RA. Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2003; 53:789-795.
61. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National

- Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(12):1048-1060.
62. Yehuda R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 1):29-36.
 63. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003; 129(1):52-73.
 64. Davidson JRT. Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 1):44-48.
 65. Phelan TW. *All About Attention Deficit Disorder*. Glen Ellyn, Illinois: Child Management Inc., 1993.
 66. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press; 1998.
 67. Rinehart NJ, Bradshaw JL, Brereton AV, Tonge BJ. A clinical and neurobehavioural review of high functioning autism and Asperger's disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 36:762-770.
 68. Khouzam HR, El-Gabalawi F, Pirwani N, Priest F. Asperger's disorder: A review of its diagnosis and treatment. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45(3):184-191.
 69. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2005; 29:865-877.
 70. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et coll. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11):1442-1451.
 71. Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215-1220.
 72. Root II RW, Resnik RJ. An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice* 2003; 34(1):34-41.
 73. Pitcher TM, Piek JP, Hay DA. Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Development Medicine & Child Neurology* 2003; 45:525-535.
 74. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders* 2005; 8(4):195-207.
 75. Tidmarsh L, Volkmar FR. Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):517-525.
 76. Bryson SE, Rogers SJ, Fombonne E. Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):506-516.
 77. Bloch-Rosen S pour l'université de Delaware. *Research Paper: Asperger's Syndrome, High Functioning Autism, and Disorders of the Autistic Continuum*. 1999. Disponible à <http://www.aspergersyndrome.com/Paper040899.pdf>. Consulté en novembre 2010.
 78. National Institute of Mental Health. *Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders)*. National Institutes of Health 2009. Disponible à <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/autism/nimhautismspectrum.pdf>. Consulté en novembre 2010.
 79. Fombonne E. Modern views of autism. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8): 503-505.
 80. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2002; 8:151-161.
 81. Bailey AJ. The biology of autism. *Psychological Medicine* 1993; 23:7-11.
 82. Nicolson R, Szatmari P. Genetic and neurodevelopmental influences in autistic disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):526-537.
 83. Hughes JR. A review of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007. *Epilepsy & Behavior* 2008; 13:425-437.
 84. Maimburg RD, Væth M. Perinatal risk factors and infantile autism. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114:257-264.
 85. Happé F, Ronald A. The 'Fractionable Autism Triad': A Review of Evidence from Behavioural, Genetic, Cognitive and Neural Research. *Neuropsychol Rev* 2008; 18:287-304.
 86. Parikh MH, Kolevson A, Hollander E. Psychopharmacology of Aggression in Children and Adolescents with Autism: A Critical Review of Efficacy and Tolerability. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2008; 18:157-178.
 87. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1993; 34(8):1327-1350.
 88. Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2005; 116(6):1480-1486.
 89. Schnur J. Asperger syndrome in children. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17(8):302-308.
 90. Rao PA, Beidel DC, Murray MJ. Social Skills Interventions for Children with Asperger's Syndrome or High-Functioning Autism: A Review and Recommendations. *J Autism Dev Disord* 2008; 38:353-361.
 91. Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004; 34(6):649-668.

92. Beamont R, Sofronoff K. A multi-component social skills intervention for children with Asperger syndrome: The junior detective training program. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(7):743-753.
93. Owens G, Granader Y, Humphrey A, Baron-Cohen S. Lego® therapy and the social use of language programme: An evaluation of two social skills interventions for children with high functioning autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2008; 38:1944-1957.
94. Toth K, King BH. Asperger's Syndrome: Diagnosis and Treatment. *Am J Psychiatry* 2008; 168(8):958-963.
95. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001; 15(2):93-104.
96. Hanna GL, Fischer DJ, Fluent TE. Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review* 2006; 27(2):56-63.
97. Miller MC (rév.). Separation anxiety. *Harvard Mental Health Letter* 2007; 23(7):1-3.
98. Shear K, Jin R, Meron Ruscio A, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163(3):1074-1083.
99. Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL, Eaves LJ. Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(9):1107-1114.
100. Kearney CA, Sims KE, Pursell CR, Tillotson CA. Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychology* 2003; 32(4):593-598.
101. Hoek H., van Hoeken D. Review of prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;160:248.
102. Palmer B. Epidemiology, diagnosing and assessing eating disorders. *Psychiatry* 2008; 7(4):143-146.
103. Ackard D.M., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D. Prevalence and Utility of DSM-IV Eating Disorder Diagnostic Criteria among Youth. *Int J Eat Disord* 2007; 40:409-417.
104. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz A-M, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 52-59.
105. Chavez M., Insel T.R. Eating Disorders. National Institute of Mental Health's Perspective. *American Psychologist* 2007, 62(3):159-166.
106. Hsu GLK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 1996; 19(4):681-697.
107. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine* 2004; 34:843-853.
108. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 185(11):704-707.
109. Wonderlich SA, Lilenfeld LR, Riso LP, Engel S, Mitchell JE. Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37:S68-S71.
110. Slade R. *The Anorexia Nervosa Reference Book*. London: Harper & Row; 1984.
111. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2006; 39(2):87-100.
112. Bates T, Zlopasa O, Gasparovic V. Anorexia nervosa: stanje zivotne ugrozenosti. *Lijecknicki vjesnik* 2007; 129(1-2):11-6.
113. Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine* 2004; 34:671-679.
114. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, Greenwood DN, Burwell RA, Keller MB. Recovery and relapse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38:829-837.
115. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28(2):139-147.
116. Hay PJ, Bacaltchuk J. Extraires de "Clinical Evidence": Bulimia nervosa. *BMJ* 2001; 323:33-37. Disponible en ligne à <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/323/7303/33>.
117. National Alliance on Mental Illness. Bulimia nervosa. Disponible à http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=65839. Consulté en novembre 2010.
118. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review* 2003; 23:57-74.
119. Pearlstein T. Eating disorders and comorbidity. *Arch Womens Ment Health* 2002; 4:67-68.
120. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Iliberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral diseases* 2008, 14:479-484.
121. Merck. *Mental Retardation/Intellectual Disability*. The Merck Manual Home Edition; Section 23: Children's Health Issues; Chapter 285: Mental Retardation/Intellectual Disability [en ligne]. Disponible à <http://www.merck.com/mmhe/sec23/ch285/ch285a.html>. Consulté en novembre 2010.

122. Bhasin TK, Brocksen S, Avchen RN, Braun KVN. Prevalence of four developmental disabilities among children aged 8 years - Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program, 1996 and 2000. *Dans Surveillance Summaries*, 27 janvier 2006. *MMWR* 2006; 55(SS-1):1-9.
123. Batshaw ML, Perret YM. *Children With Disabilities*. U.S.A.: Paul H. Brookes Publishing Company; 1992.
124. Stephens DL, Collins MD, Dodder RA. A longitudinal study of employment and skill acquisition among individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2005; 26:469-486.
125. Bradley R, Conklin CZ, Westen D. The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(9):1006-1019.
126. Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30:311-320.
127. Davidson KM. Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry* 2008; 7(3): 117-120.
128. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Neale MC, Ørstavik RE, Torgersen S, Tambs K, Røysamb E, Harris JR, Kendler KS. Genetic and environmental influences on dimensional representations of DSM-IV cluster C personality disorders: a population-based multivariate twin study. *Psychological Medicine* 2007; 37:645-653.
129. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002; 51:951-963.
130. Huber G. The heterogeneous course of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997; 28:177-185.
131. Gerbaldo H, Georgi K, Pieschl D. The deficit syndrome in first-admission patients with psychotic and non-psychotic disorders. *Eur Psychiatry* 1997; 12:53-57.
132. Hafner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997; 42:139-151.
133. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250:274-285.
134. Maki P, Veijola J, Jones PB, Murray GK, Koponen H, Tienari P, Miettunen J, Tanskanen P, Wahlberg K-E, Koskinen J, Lauronen E, Isohanni M. Predictors of schizophrenia-a review. *British Medical Bulletin* 2005; 73-74:1-15.
135. Buskist W, Gerbing DW. *Psychology: Boundaries and Frontiers*. Glenview, Illinois: Brown Higher Education; 1990.
136. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology* 2001; 15(2):127-135.
137. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39:337-349.
138. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin J-M, Kilian R, Hansen K, Toumi M. Rates and correlated of employment in people with schizophrenia in the UK, France, and Germany. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191:30-37.
139. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review* 2006; 25:503-13.
140. Merck. Alcohol. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence* [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/print/sec15/ch198/ch198g.html>. Consulté en novembre 2010.
141. Doweiko HE. *Concepts of Chemical Dependency*. U.S.A.: Brooks/Cole Publishing Company; 1993.
142. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Choi P, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61(8):807-816.
143. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160:739-746.
144. Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA (rév.) *Textbook of Psychiatry*. Deuxième édition. Washington, DC: The American Psychiatric Press; 1994.
145. Becker WC, Fiellin DA, Merrill JO, Schulman B, Finkelstein R, Olsen Y, Busch SH. Opioid use disorders in the United States: Insurance status and treatment access. *Drug and Alcohol Dependence* 2008; 94:207-213.
146. Brands B, Spraul B, Marshman J (rév.) *Drugs and Drug Abuse*. Troisième édition. Toronto: Addiction Research Foundation; 1998.
147. National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Heroin Abuse and Addiction*. NIH N° Publication 05-4165. 2005. Disponible à <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRHeroin.pdf>. Consulté en novembre 2010.
148. Merck. Opioids. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence* [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/sec15/ch198/ch198f.html>. Consulté en novembre 2010.
149. Merck. Marijuana (Cannabis). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence* [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/print/sec15/ch198/ch198i.html>. Consulté en novembre 2010.
150. Barnes GE, Barnes MD, Patton D. Prevalence and predictors of "heavy" marijuana use in a Canadian youth sample. *Substance Use and Misuse* 2005; 40:1849-1863.
151. Kalont H, Corrigan W. *The Health Effects of Cannabis*. Canada: Center for Addiction and Mental Health; 1999.

Les références suivantes ont été également consultées lors du développement des descriptions des états de santé et du texte du document :

- Abbate-Daga G, Piero A, Gramaglia C, Fassino S. Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Research* 2005; 134:75-84.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Asperger's disorder. Disponible à <http://www.aacap.org/publications/factsfam/69.htm>. Consulté en novembre 2010.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995.
- Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and quality of life: Results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48(3):189-199.
- Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Elch D, et coll. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 254:156-164.
- Ballanger JC. Overview of different pharmacotherapies for attaining remission in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 19):11-19.
- Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press; 1998.
- Barkley RA. *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*. U.S.A.: The Guilford Press; 1995.
- Barnes GE, Barnes MD, Patton D. Prevalence and predictors of "heavy" marijuana use in a Canadian youth sample. *Substance Use and Misuse* 2005; 40:1849-1863.
- Baron, Earhard & Ozier. *Psychology*. Pearson Education Canada Inc., 2001.
- Beamish PM, Granello DH, Belcastro AL. Treatment of panic disorder: Practical guidelines. *Journal of Mental Health Counseling* 2002; 24(3):224-246.
- Beaudet MP. Dépression. *Rapports sur la santé* 1996; 7(4):11-24.
- Beaudet MP. Santé psychologique – la dépression. *Rapports sur la santé* 1999; 11(3):63-75.
- Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et coll. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse* 2005; 40:1765-1776.
- Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders* 2005; 8(4):195-207.
- Bloch-Rosen S pour l'université de Delaware. *Research Paper: Asperger's Syndrome, High Functioning Autism, and Disorders of the Autistic Continuum*. 1999. Disponible à <http://www.aspergersyndrome.com/Paper040899.pdf>. Consulté en novembre 2010.
- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2001; 16:239-245.
- Bradley R, Conklin CZ, Westen D. The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(9):1006-1019.
- Brands B, Spraul B, Marshman J. *Drugs and Drug Abuse*. Canada: Addiction Research Foundation; 1998.
- Bryson SE, Rogers SJ, Fombonne E. Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):506-516.
- Buonopane A, Petrakis IL. Pharmacotherapy of alcohol use disorders. *Substance Use and Misuse* 2005; 40:2001-2020.
- Buskist W, Gerbing DW. *Psychology: Boundaries and Frontiers*. Glenview, Illinois: Brown Higher Education; 1990.
- Candilis PJ, McLean RYS, Otto MW, Manfro GG, Worthington JJ, Penava SJ, et coll. Quality of life in patients with panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(7):429-434.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg O. *Psychotherapy for borderline personality disorder*. New York: Wiley, 1999.
- Cohen AS, Dinzeo TJ, Nienow TM, Smith DA, Singer B, Docherty NM. Diminished emotionality and social functioning in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193(12):796-802.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: A population study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193(3):196-202.
- Dahl AA, Ravindran A, Allgulander C, Kutcher SP, Austin C, Burt T. Setraline in generalized anxiety disorder: Efficacy in treating the psychic and somatic anxiety factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:429-435.
- D'Ardenne P, Capuzzo N, Fakhoury WKH, Jankovic-Gavrilovic J, Priebe S. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193(1):62-65.
- Daids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2005; 29:865-877.
- Davidson JRT. Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 1):44-48.
- De Bildt A, Sytema S, Kraijer D, Sparrow S, Minderaa R. Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; 49(9):672-681.

- Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of Life Research* 2005; 14:705-717.
- Doweiko HE. *Concepts of Chemical Dependency*. U.S.A.: Brooks/Cole Publishing Company; 1993.
- Dykens EM. Happiness, well-being, and character strengths: Outcomes for families and siblings of persons with mental retardation. *Mental Retardation* 2005; 43(5):360-364.
- Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1993; 34(8):1327-1350.
- Emerson E, Robertson J, Wood J. Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; 49(1):16-24.
- Ettigi P, Meyerhoff A, Chirban J, Jacobs RJ, Wilson RR. The quality of life and employment in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(6):368-372.
- Fairburn CG, Agras WS, Walsh BT, Wilson GT, Stice E. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161:2322-2324.
- Ferriman A. The stigma of schizophrenia. *BMJ* 2000; 320(7233):522.
- Fichter MM, Quadflieg N. Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychological Medicine* 2004; 33:1395-1406.
- Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2006; 39(2):87-100.
- Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL, Eaves LJ. Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(9):1107-1114.
- Frith U. *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell; 1989.
- Fombonne E. Modern views of autism. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):503-505.
- Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT et coll. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine* 2004; 34:843-853.
- Ghaziuddin M, Mountain-Kimchi K. Defining the intellectual profile of Asperger syndrome: Comparison with high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004; 34(3):279-284.
- Gliatto MF. Generalized anxiety disorder. *American Family Physician* 2000; 62(7):1591-1600, 1602. Disponible à <http://www.aafp.org/afp/20001001/1591.html>. Consulté en novembre 2010.
- Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheok F. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:1022-1029.
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. Oxford: Oxford University Press; 1990.
- Gorissen M, Sanz JC, Schmand B. Effort and cognition in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research* 2005; 78:199-208.
- Gottesfield H. *Abnormal Psychology*. U.S.A.: Science Research Associates Inc.; 1979.
- Gourlay J, Ricciardelli L, Ridge D. Users' experiences of heroin and methadone treatment. *Substance Use and Misuse* 2005; 40:1875-1882.
- Government of Canada. *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada, 2006*. Minister of Public Works and Government Services Canada. N° HP5-19/2006E au catalogue.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ et coll. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65:948-958.
- Gualtieri CT. *Brain Injury and Mental Retardation: Psychopharmacology and Neuropsychiatry*. PA, U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Gupta S, Kulhara P, Verma SK. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97:290-296.
- Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA. *Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: The American Psychiatric Press; 1994.
- Hanna GL, Fischer DJ, Fluent TE. Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review* 2006; 27(2):56-63.
- Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:185-189.
- Hay PJ, Bacaltchuk J. Extraires de "Clinical Evidence": Bulimia nervosa. *BMJ* 2001; 323:33-37.
- Hayden MF, Kim SH, DePaepe P. Health status, utilization patterns, and outcomes of persons with intellectual disabilities: Review of the literature. *Mental Retardation* 2005; 43(3):175-195.
- Health Canada. *Economic Burden of Illness in Canada, 1998*. Ottawa: Health Canada, 2002. Disponible à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc98/pdf/ebic1998.pdf>. au catalogue 2010.
- Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: The hidden epidemic. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 12):3-6.
- Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballenger JC, Mannuzza S, Fyer AJ. Panic disorder and quality of life: Variables predictive of functional impairment. *The American Journal of Psychiatry* 1997; 154(6):766-772.
- Howgego IM, Owen C, Meldrum L, Yellowlees P, Dark F, Parslow R. Posttraumatic stress disorder: An exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry* 2005; 5:21-37.
- Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L, Hanestad BR. The predictive value of post-traumatic stress disorder

- symptoms for quality of life: A longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:26-36.
- Kalont H, Corrigan W. *The Health Effects of Cannabis*. Canada: Center for Addiction and Mental Health; 1999.1999.
- Kasper S. Social phobia: The nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50:S3-S9.
- Kearney CA, Sims KE, Pursell CR, Tillotson CA. Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychology* 2003; 32(4):593-598.
- Keeley ML, Storch EA, Dhungana P, Geffken GR. Pediatric obsessive-compulsive disorder: A guide to assessment and treatment. *Issues in Mental Health Nursing* 2007; 28:555-574.
- Kessler RC. The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(Suppl 417):19-27.
- Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et coll. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1442-1451.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62:593-602.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62:617-627.
- Kessler RC et coll. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51:8-19.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(12):1048-1060.
- Kirisci L, Vanyukov M, Tarter R. Detection of youth at high risk for substance use disorders: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors* 2005; 19(3):243-252.
- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1996; 153(6):783-788.
- Lader M. The clinical relevance of treating social phobia. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50: S29-S34.
- LeBlanc N, Morin D. Depressive symptoms and associated factors in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2004; 17(2):49-55.
- Leclercq Y. Posttraumatic stress disorder in primary care: A hidden diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 1):49-54.
- Lepine J-P. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(suppl 13):4-10.
- Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(1):23-30.
- Lim K-L, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada* 2008; 28(3):92-98.
- Lipton MI. *Posttraumatic Stress Disorder – Additional Perspectives*. Springfield, IL: C.C. Thomas; 1994.
- Livesley J. Integrated therapy for complex cases of personality disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2008; 64(2):207-221.
- Lochner C, Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Knowles JA, et coll. Gender in obsessive-compulsive disorder: Clinical and Genetic Findings. *European Neuropsychopharmacology* 2004; 14:105-113.
- Mandell DS, Walrath CM, Manteuffel B, Sgro G, Pinto-Martin J. Characteristics of children with autistic spectrum disorders served in comprehensive community-based mental health setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005; 35(3):313-321.
- Mandell DS, Novak MM, Zubritsky CD. Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2005; 116(6):1480-1486.
- Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39:337-349.
- Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin J-M, Kilian R, Hansen K, Toumi M. Rates and correlated of employment in people with schizophrenia in the UK, France, and Germany. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191:30-37.
- Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry* 2003; 48(2):72-77.
- Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001; 15(2):93-104.
- McCance-Katz EF, Carroll KM, Rounsaville BI. Gender differences in treatment seeking cocaine abusers – implications for prognosis and treatment. *American Journal on Addictions* 1999; 8:300-311.
- McCance-Katz EF, Hart CL, Boyarsky B, Kosten T, Jatlow P. Gender effects following repeated administration of cocaine and alcohol in humans. *Substance Use and Misuse* 2005; 40:511-528.
- Merck. Alcohol. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence [en ligne]*. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/print/sec15/ch198/ch198g.html>. Accessed November 2010.
- Merck. Amphetamines. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 18: Drug Use and Dependence [en ligne]*. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/sec15/ch198/ch198k.html>. Consulté en novembre 2010.

- Merck. Cocaine. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/sec15/ch198/ch198j.html>. Consulté en novembre 2010.
- Merck. Marijuana (Cannabis). The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/print/sec15/ch198/ch198i.html>. Consulté en novembre 2010.
- Merck. Mental Retardation/Intellectual Disability. The Merck Manual Home Edition; Section 23: Children's Health Issues; Chapter 285: Mental Retardation/Intellectual Disability [en ligne]. Disponible à <http://www.merck.com/mmhe/sec23/ch285/ch285a.html>. Consulté en novembre 2010.
- Merck. Opioids. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 198: Drug Use and Dependence [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/sec15/ch198/ch198f.html>. Consulté en novembre 2010.
- Merck. Personality disorders. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy; Section 15: Psychiatric Disorders; Chapter 201: Personality Disorders. [en ligne]. Disponible à <http://www.merckmanuals.com/professional/sec15/ch201/ch201a.html>. Consulté en novembre 2010.
- Miller MC (rév.). Panic disorder. *Harvard Mental Health Letter* 2001; 17(9):1-5.
- Miller MC (rév.). Social phobia – Part 1. *Harvard Mental Health Letter* 1994; 11(4):1-3.
- Mogotsi M, Kaminer D, Stein DJ. Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Rev Psychiatry* 2000; 8:273-282.
- Monnier J, Brawman-Mintzer O. Generalized anxiety disorder. Dans Nutt DJ, Ballenger JC (rév.). *Anxiety Disorders*. Malden, MA, USA: Blackwell Science Ltd.; 2003. pp. 51-64.
- Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, et coll. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46:453-459.
- Murray CJL, Lopez AD (rév.). Summary: The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.
- National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders. Rockville, Maryland. NIMH. NIH N° Publication 98-4268. www.nimh.nih.gov/publicat/anxiety.cfm. Consulté en décembre 2010.
- Nicolson R, Szatmari P. Genetic and neurodevelopmental influences in autistic disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):526-537.
- Ninan PT. Dissolving the burden of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 19):5-10.
- Ninan PT. Generalized anxiety disorder: Why are we failing our patients? *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 19):3-4.
- Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W. Defining remission and relapse in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 38:1-6.
- Owen RR, Rost K, Hollenberg J, Humphrey JB, Lazoritz M, Bartlett J, et coll. Effectiveness of care and improvement in quality of life in patients with panic disorder. *Evaluation Review* 1997; 21(3):405-416.
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003; 129(1):52-73.
- Phelan TW. All About Attention Deficit Disorder. Glen Ellyn, Illinois: Child Management Inc., 1993.
- Poulton R, Milne BJ, Craske MG, Menzies RG. A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behavior Research and Therapy* 2001; 39:1395-1410.
- Powers MD (rév.). *Children with Autism: A Parent's Guide*. MD, U.S.A.: Woodbine House; 1989.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 1989; 19(2):67-73.
- Rauch SAM, Foa EB. Post-traumatic stress disorder. Dans Nutt DJ, Ballenger JC (rév.). *Anxiety Disorders*. Malden, MA, USA: Blackwell Science Ltd.; 2003. pp. 65-82.
- Rehm J, Patra J, Taylor B. Harm, benefits, and net effects on mortality of moderate drinking of alcohol among adults in Canada in 2002. *Ann Epidemiol* 2007; 17:S81-S86.
- Reichenberg A, Rieckmann N, Harvey PD. Stability in schizophrenia symptoms over time: Findings from the Mount Sinai Pilgrim Psychiatric Center longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114(3):363-372.
- Rosenfeld L. 'I can't hear the music'. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Blanc RC (rév.). *Suicide in Canada*. Toronto. University of Toronto Press. 1998:376.
- Rubin HC, Rapaport MH, Levine B, Gladsjo JK, Rabin A, Auerbach M, et coll. Quality of well being in panic disorder: The assessment of psychiatric and general disability. *Journal of Affective Disorders* 2000; 57:217-221.
- Russell E, Sofronoff K. Anxiety and social worries in children with Asperger syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39:633-638.
- Russell S, Mammen P, Russell PSS. Emerging trends in accepting the term intellectual disability in the world disability literature (éditorial). *Journal of Intellectual Disabilities* 2005; 9(3):187-192.
- Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T, Raitasalo R. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry* 2002; 56(4):261-264.
- Safren SA, Heimberg RG, Brown EJ, Holle C. Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety* 1996/1997; 4:126-133.
- Sartorius N. The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(Suppl 15):8-11.
- Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu J, Henderl T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl 12):7-10.

- Schnur J. Asperger syndrome in children. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17(8):302-308.
- Shear K, Jin R, Meron Ruscio A, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163(3):1074-1083. *hiatry* 2006; 163(3):1074-1083.
- Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153(2):213-218.
- Siris SG. Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology* 2001; 15(2):127-135.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51:936-950.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002; 51:951-963.
- Slade R. *The Anorexia Nervosa Reference Book*. London: Harper & Row; 1984.
- Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(7):1133-1139.
- Springhouse Corporation. *Diseases: Causes and Diagnosis, Current Therapy, Nursing Management*. Nurses Reference Library, 1987.
- Stein MB, Heimberg RG. Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004; 79:161-166.
- Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1606-1613.
- Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:662-668.
- Stephens DL, Collins MD, Dodder RA. A longitudinal study of employment and skill acquisition among individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2005; 26:469-486.
- Stephens T, Dulberg C, Joubert N. Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada* 2000; 20(3):118-126.
- Tidmarsh L, Volkmar FR. Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. *Can J Psychiatry* 2003; 48(8):517-525.
- Touyz SW. *The treatment of bulimia*. (chapitre VIII). *Eating Disorders: Prevalence, Treatment*. Australia: Williams & Williams; 1985.
- Vanin JR, Vanin SK. Blocking the cycle of panic disorder. *Postgraduate Medicine Online* May 1, 1999; 105(5).
- Visser SN, Lesesne CA for the Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder – United States, 2003. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005; 54: 842-847.
- Walker JR, Norton GR, Ross CA. *Panic Disorder and Agoraphobia*. Ottawa, Canada: Brooks/Cole Publishing Company; 1991.
- Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49(2):124-138.
- Weisbrot DM, Gadow KD, DeVincent CJ, Pomeroy J. The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005; 15(3):477-496.
- Wetherell JL, Thorp SR, Patterson TL, Golshan S, Jeste DV, Gatz M. Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research* 2004; 38:305-312.
- Wittchen H-U, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology* 2000; 15(6):319-328.
- Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(Suppl 417):4-18.
- Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America* 2001; 24(4):617-641.
- Wittchen H-U, Yeh E-K. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276(4):293-299.
- Organisation mondiale de la santé. *The global burden of disease: 2004 update*. Switzerland: WHO Press; 2008.
- Organisation mondiale de la santé. *International Classification of Diseases, Ninth revision. Basic Tabulation List with Alphabetical Index*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1978.
- Organisation mondiale de la santé. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision (2nd ed.)*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004. Disponible en ligne à www.who.int/classifications/icd/en.
- Yehuda R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 1):29-36.
- Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-compulsive disorder. Dans Nutt DJ, Ballenger JC (rév.). *Anxiety Disorders*. Malden, MA, USA: Blackwell Science Ltd.; 2003. pp. 83-94.

Les sites Web suivants ont également été consultés :

www.adaa.org

Anxiety Disorders Association of America

www.cmha.ca

Canadian Mental Health Association

www.mayoclinic.com

Mayo Clinic

www.mentalhealthamerica.net

Mental Health America

www.nami.org

National Alliance on Mental Illness

www.nimh.nih.gov

National Institute of Mental Health

www.nida.nih.gov

National Institute on Drug Abuse