

Diagnostic différentiel

Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament. Lorsque les problèmes d'éjaculation prématurée sont exclusivement dus à l'usage d'une substance, à l'intoxication par ou au sevrage d'une substance/d'un médicament, le diagnostic de dysfonction sexuelle induite par une substance ou médicament doit être porté.

Préoccupations relatives à l'éjaculation qui ne répondent pas aux critères diagnostiques. Il est nécessaire d'identifier les hommes ayant un temps de latence de l'éjaculation normal mais qui désirent un temps de latence plus long et les hommes qui manifestent une éjaculation prématurée (précoce) épisodique (p. ex. lors de la première relation sexuelle avec un(e) nouveau(elle) partenaire lorsqu'une latence éjaculatoire courte peut être commune ou dans la norme). Aucune de ces situations ne doit conduire à poser un diagnostic d'éjaculation prématurée (précoce), même si ces situations peuvent être pénibles pour certains hommes (Waldinger et Schweitzer 2006).

Comorbidité

L'éjaculation prématurée (précoce) peut être associée à des problèmes d'érection. Dans de nombreux cas, il peut être difficile de déterminer quelle difficulté a précédé l'autre. L'éjaculation prématurée (précoce) du type de tout temps peut être associée à certains troubles anxieux. L'éjaculation prématurée (précoce) de type acquis peut être associée à une prostatite, à une maladie de la thyroïde ou au sevrage d'un médicament (p. ex. un sevrage d'opiacés).

Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament

Critères diagnostiques

- A. Présence au premier plan du tableau clinique d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative.
- B. Mise en évidence d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires de la présence de (1) et (2) :
 - 1. Les symptômes du critère A sont apparus pendant ou juste après une intoxication par une substance (ou un sevrage) ou après la prise d'un médicament.
 - 2. La substance/le médicament impliqué(e) est susceptible de provoquer les symptômes du critère A.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une dysfonction sexuelle non induite par une substance/un médicament. Les arguments en faveur de l'existence d'une dysfonction sexuelle indépendante sont les suivants :

Les symptômes précèdent le début de la prise d'une substance ou d'un médicament ; les symptômes persistent pendant une période de temps conséquente (p. ex. environ 1 mois) après la fin de l'intoxication ou du sevrage aigu ; ou il existe d'autres arguments en faveur de la présence indépendante d'une dysfonction sexuelle non induite par une substance (p. ex. antécédents d'épisodes répétés non liés à une substance).
- D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un état confusionnel.
- E. La perturbation provoque une détresse cliniquement significative chez la personne.

N.B. : On doit faire ce diagnostic et non celui d'une intoxication par une substance uniquement quand les symptômes du critère A sont au premier plan du tableau clinique et sont suffisamment graves pour justifier à eux seuls une prise en charge clinique.

Note de codage : Les codes de la CIM-9-MC et de la CIM-10-MC pour les dysfonctions sexuelles induites par une substance/un médicament sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Il faut noter que le code de la CIM-10-MC dépend de la présence ou non d'une comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance et ce pour la même classe de substance. Si un trouble léger de l'usage d'une substance présente une comorbidité avec la dysfonction sexuelle induite par une substance, le caractère en 4^e position est « 1 », et le clinicien doit enregistrer « trouble léger de l'usage de [substance] » avant la dysfonction sexuelle induite par la substance (p. ex. « trouble léger de l'usage de la cocaïne avec dysfonction sexuelle induite par l'usage de la cocaïne »). Si un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance présente une comorbidité avec la dysfonction sexuelle induite par une substance, le caractère en 4^e position est « 2 », et le clinicien doit enregistrer « trouble moyen de l'usage de [substance] » ou « trouble grave de l'usage de [substance] » en fonction de la sévérité du trouble comorbide de l'usage d'une substance. S'il n'y a pas de comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance (p. ex. après une prise unique et massive d'une substance), le caractère en 4^e position est « 9 » et le clinicien doit uniquement enregistrer la dysfonction sexuelle induite par une substance.

	CIM-9-MC	CIM-10-MC		
		Avec un trouble léger de l'usage d'une substance	Avec un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance	Sans trouble de l'usage d'une substance
Alcool	291.89	F10.181	F10.281	F10.981
Opiacés	292.89	F11.181	F11.281	F11.981
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques	292.89	F13.181	F13.281	F13.981
Amphétamines (ou autres psychostimulants)	292.89	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaïne	292.89	F14.181	F14.281	F14.981
Substance autre ou inconnue	292.89	F19.181	F19.281	F19.981

Spécifier si (cf. tableau 1 dans le chapitre « Troubles liés à une substance et troubles addictifs » pour les diagnostics associés aux différentes classes de substances) :

Avec début au cours d'une intoxication : Si les critères pour l'intoxication par une substance sont présents et si les symptômes sont apparus au cours de l'intoxication.

Avec début au cours d'un sevrage : Si les critères pour le sevrage de la substance sont présents et si les symptômes sont apparus au cours ou peu de temps après le sevrage.

Avec début après la prise d'un médicament : Les symptômes peuvent apparaître soit à l'initiation de la prise d'un médicament soit après une modification ou un changement de son usage.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Se produit dans 25-50 % des occasions d'activité sexuelle.

Moyen : Se produit dans 50-75 % des occasions d'activité sexuelle.

Grave : Se produit dans 75 % ou plus des situations d'activité sexuelle.

Procédures d'enregistrement

CIM-9-MC. Le nom de la dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament commence par le nom de la substance spécifique (p. ex. alcool, fluoxétine) qui est présumée être à l'origine de la dysfonction sexuelle. Le code du diagnostic est choisi

dans le tableau des critères diagnostiques, selon la classe des produits. Pour les substances qui ne rentrent pas dans l'une des classes (p. ex. la fluoxétine), le code pour « autre substance » doit être utilisé et, dans les cas où une substance est jugée être un facteur étiologique mais où la classe spécifique de la substance est inconnue, la catégorie « substance inconnue » doit être utilisée.

Le nom du trouble est suivi de la spécification de début (p. ex. début au cours de l'intoxication, début au cours du sevrage, avec un début après l'utilisation d'un médicament), suivi par la spécification de la sévérité (p. ex. légère, moyenne, grave). Contrairement aux procédures de saisie de la CIM-10-MC, qui combinent le trouble induit par une substance et le trouble lié à l'usage d'une substance en un code unique, pour la CIM-9-MC un code diagnostique séparé est donné pour le trouble lié à l'usage d'une substance. Par exemple, dans le cas d'une dysfonction érectile survenant au cours de l'intoxication chez un homme présentant un trouble grave de l'usage de l'alcool, le diagnostic est 291.89 dysfonction sexuelle induite par l'alcool, avec début au cours de l'intoxication, sévérité moyenne. Un diagnostic supplémentaire de 303.90 trouble grave de l'usage de l'alcool est également attribué. Lorsque plus d'une substance est jugée jouer un rôle important dans le développement de la dysfonction sexuelle, chacune devrait être répertoriée séparément (p. ex. 292.89 dysfonction sexuelle induite par l'usage de la cocaïne avec début au cours de l'intoxication, sévérité moyenne ; 292.89 dysfonction sexuelle induite par la fluoxétine, avec début après l'usage d'un médicament).

CIM-10-MC. Le nom de la dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament commence par le nom de la substance spécifique (p. ex. alcool, fluoxétine) qui est présumé être à l'origine de la dysfonction sexuelle. Le code du diagnostic est choisi dans le tableau des critères diagnostiques selon la classe de médicaments et la présence ou l'absence d'une comorbidité avec un trouble lié à l'usage d'une substance. Pour les substances qui ne rentrent pas dans l'une des classes (p. ex. la fluoxétine), le code pour « autre substance » doit être utilisé et, dans les cas où une substance est jugée être un facteur étiologique mais où la classe spécifique de la substance est inconnue, la catégorie « substance inconnue » doit être utilisée.

Lors de la saisie du nom du trouble, le trouble comorbide lié à l'usage de la substance (le cas échéant) apparaît en premier, suivi par le mot « avec », puis du nom de la dysfonction sexuelle induite par une substance, suivi par la spécification du mode de début (c.-à-d. début au cours l'intoxication, début au cours du sevrage, avec début après l'usage d'un médicament), suivi par la spécification de la sévérité (p. ex., légère, moyenne, grave). Par exemple, dans le cas d'une dysfonction érectile survenant au cours de l'intoxication chez un homme présentant un trouble grave de l'usage de l'alcool, le diagnostic est F10.281 trouble de l'usage de l'alcool, de sévérité moyenne avec une dysfonction sexuelle induite par l'alcool, avec début au cours de l'intoxication, sévérité moyenne. Un diagnostic séparé de trouble comorbide grave de l'usage de l'alcool n'est pas attribué. Si la dysfonction sexuelle induite par une substance survient sans trouble comorbide induit par l'usage d'une substance (p. ex. après un usage unique et massif de la substance), on ne retient pas un diagnostic associé de trouble induit par l'usage d'une substance (p. ex. F15.981 dysfonction sexuelle induite par l'amphétamine, avec début au cours de l'intoxication). Lorsque plus d'une substance est jugée jouer un rôle important dans le développement de la dysfonction sexuelle, chacune doit être répertoriée séparément (p. ex. F14.181 trouble de l'usage de la cocaïne de sévérité moyenne avec dysfonction sexuelle induite par l'usage de la cocaïne, avec début au cours de l'intoxication, sévérité moyenne ; F19.981 dysfonction sexuelle induite par l'usage de la fluoxétine, avec début après l'usage d'un médicament, sévérité moyenne).

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique principale est une perturbation de la fonction sexuelle qui a une relation de temporalité avec le début de l'usage de la substance/du médicament, l'augmentation de la dose ou l'arrêt.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les dysfonctions sexuelles peuvent être associées à une intoxication par une substance appartenant à une des classes suivantes : alcool, opiacés, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques ou psychostimulants (y compris la cocaïne) et d'autres substances (ou des substances inconnues). Les dysfonctions sexuelles peuvent se produire en association avec le sevrage des substances appartenant aux classes suivantes : alcool, opiacés, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques et d'autres substances (ou des substances inconnues). Les médicaments qui peuvent induire des dysfonctions sexuelles comprennent les antidépresseurs, les antipsychotiques et les contraceptifs hormonaux.

L'effet indésirable le plus fréquemment rapporté des antidépresseurs est la difficulté pour éprouver un orgasme ou parvenir à l'éjaculation. Les problèmes avec le désir et l'érection sont moins fréquents. Environ 30 % des plaintes sexuelles sont cliniquement significatives (Williams et al. 2006). Certains agents, tels que le bupropion et la mirtazapine, ne semblent pas être associés à des effets secondaires d'ordre sexuel.

Les problèmes sexuels associés aux médicaments antipsychotiques, comprenant les problèmes de désir sexuel, d'érection, de lubrification, d'éjaculation ou d'orgasme, ont été rapportés aussi bien avec les antipsychotiques typiques qu'avec les antipsychotiques atypiques. Cependant, les problèmes sont moins fréquents avec des antipsychotiques n'interagissant pas avec la prolactine qu'avec des molécules entraînant une augmentation importante de la prolactine (Rettenbacher et al. 2010).

Bien que les effets des régulateurs de l'humeur sur la fonction sexuelle ne soient pas clairs, il est possible que le lithium et les anticonvulsivants, à l'exception possible de la lamotrigine, aient des effets négatifs sur le désir sexuel. Les problèmes d'orgasme peuvent se produire avec la gabapentine. De même, il peut y avoir une prévalence plus élevée des problèmes d'érection ou d'orgasme associés aux benzodiazépines. Il n'y a pas eu de tels effets rapportés avec la buspirone.

De nombreux médicaments non psychiatriques, comme ceux utilisés pour traiter les maladies cardiovasculaires, les agents cytotoxiques, les médicaments à visée gastro-intestinale et les traitements hormonaux, sont associés à des troubles de la fonction sexuelle. L'usage de substances illicites est associé avec une baisse du désir sexuel, une dysfonction érectile et la difficulté à atteindre l'orgasme. Des dysfonctions sexuelles sont également observées chez les personnes recevant de la méthadone mais sont rarement signalées par les patients recevant de la buprénorphine. L'abus d'alcool chronique et l'abus chronique de nicotine sont associés à des problèmes d'érection (Palha et Esteves 2008).

Prévalence

La prévalence et l'incidence de la dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament ne sont pas clairement établies, probablement en raison de la sous-déclaration des effets secondaires sexuels liés au traitement. Les données sur les dysfonctions sexuelles induites par une substance/un médicament concernent généralement les effets des médicaments antidépresseurs (Williams et al. 2006). La prévalence des dysfonctions sexuelles induites par un antidépresseur varie en partie en fonction de la molécule utilisée. Environ 25 à 80 % des personnes qui prennent des inhibiteurs de la monoamine-oxydase, des antidépresseurs tricycliques, des antidépresseurs sérotoninergiques et des

antidépresseurs sérotoninergiques et adrénérgiques signalent des effets secondaires sexuels (Williams et al. 2006). Il existe des différences d'incidence des effets secondaires d'ordre sexuel entre certains antidépresseurs sérotoninergiques et les antidépresseurs adrénérgiques et sérotoninergiques mais il est difficile de savoir si ces différences sont cliniquement significatives (Segraves 2007).

Environ 50 % des personnes qui prennent des médicaments antipsychotiques connaissent des effets secondaires indésirables d'ordre sexuel, incluant les problèmes de désir sexuel, d'érection, de lubrification, d'éjaculation ou d'orgasme (Fujii et al. 2010). L'incidence de ces effets secondaires selon les différents agents antipsychotiques n'est pas claire.

La prévalence exacte et l'incidence de dysfonctions sexuelles chez les utilisateurs de médicaments non psychiatriques comme les médicaments à visée cardiovasculaire, les agents cytotoxiques, les médicaments à visée gastro-intestinale et les traitements hormonaux est inconnue. Des taux élevés de dysfonctions sexuelles ont été rapportés avec la méthadone ou avec des doses élevées de médicaments opiacés utilisés pour traiter la douleur. Lors de l'utilisation de substances illicites on observe une augmentation des taux de dysfonctions sexuelles concernant la baisse du désir sexuel, la dysfonction érectile et la difficulté à atteindre l'orgasme. La prévalence des problèmes sexuels semble liée à l'abus chronique de drogues et semble plus élevée chez les personnes qui abusent de l'héroïne (environ 60-70 %) que chez celles qui abusent des amphétamines ou de la 3,4- méthylène-dioxy-méthamphétamine (c.-à-d. MDMA, ecstasy). Des dysfonctions sexuelles sont également observées avec une fréquence élevée chez les personnes recevant de la méthadone mais rarement signalées par les patients recevant de la buprénorphine. L'abus chronique d'alcool et l'abus chronique de nicotine sont liés à des taux plus élevés de problèmes d'érection (Palha et Esteves 2008).

Développement et évolution

L'apparition d'une dysfonction sexuelle induite par un antidépresseur peut être aussi précoce que les 8 jours suivants la première prise (Dunn et al. 2007). Environ 30 % des personnes présentant une augmentation du temps nécessaire pour parvenir à l'orgasme, de sévérité légère à moyenne, connaîtront une rémission spontanée de cette dysfonction dans les 6 mois (Haberfellner et Rittmannsberger 2004). Dans certains cas, la dysfonction sexuelle induite par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine peut persister après l'arrêt du traitement. Le délai d'apparition de la dysfonction sexuelle après le début d'un traitement par antipsychotiques ou lors d'un abus de drogues est inconnu. Il est probable que les effets secondaires de la nicotine et de l'alcool puissent ne pas apparaître avant des années d'utilisation. L'éjaculation prématurée (précoce) peut parfois se produire après l'arrêt de l'usage des opiacés. Il existe quelques preuves de l'augmentation avec l'âge des troubles de la fonction sexuelle liés à l'usage d'une substance/d'un médicament (Strohmaier et al. 2011).

Questions diagnostiques liées à la culture

Il peut y avoir une interaction entre des facteurs culturels, l'influence des médicaments sur le fonctionnement sexuel et la réponse de l'individu à ces changements (Graham et al. 1995).

Questions diagnostiques liées au genre

Des différences entre les effets secondaires selon le sexe peuvent exister (Clayton et al. 2006 ; Kennedy et al. 2000).

Retentissement fonctionnel des dysfonctions sexuelles induites par une substance/un médicament

Une dysfonction sexuelle d'origine médicamenteuse peut entraîner un défaut de l'observance du traitement.

Diagnostic différentiel

Dysfonctions sexuelles non induites par une substance/un médicament. De nombreuses affections mentales, telles que la dépression, le trouble bipolaire, l'anxiété et les troubles psychotiques, sont associées à des troubles de la fonction sexuelle. Ainsi, différencier une dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament d'une manifestation de la maladie mentale sous-jacente peut être assez difficile. Le diagnostic est généralement établi si une relation étroite avec l'initiation de la prise d'une substance/d'un médicament ou l'arrêt est observée. Un diagnostic clair peut être établi si le problème se produit après initiation de la prise d'une substance ou d'un médicament, se dissipe avec l'arrêt de la substance ou du médicament, et se reproduit avec la réintroduction du même agent. La plupart des effets secondaires induits par une substance/un médicament se produisent peu de temps après le début ou l'arrêt de la prise. Les effets secondaires sexuels qui ne se produisent qu'après l'utilisation chronique d'une substance ou d'un médicament peuvent être extrêmement difficiles à diagnostiquer avec certitude.

Autre dysfonction sexuelle spécifiée

302.79 (F52.8)

Cette catégorie s'applique aux situations cliniques au cours desquelles les symptômes caractéristiques d'une dysfonction sexuelle à l'origine d'une détresse cliniquement significative chez l'individu sont présents mais ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique des dysfonctions sexuelles. La catégorie autre dysfonction sexuelle spécifiée est utilisée dans les situations au cours desquelles le clinicien choisit de communiquer la raison spécifique pour laquelle la présentation ne remplit pas les critères d'une dysfonction sexuelle spécifique. Cela s'effectue en saisissant « autre dysfonction sexuelle spécifiée » suivie de la raison spécifique (p. ex. « aversion sexuelle »).

Dysfonction sexuelle non spécifiée

302.70 (F52.9)

Cette catégorie s'applique aux situations cliniques au cours desquelles les symptômes caractéristiques d'une dysfonction sexuelle à l'origine d'une détresse cliniquement significative chez l'individu sont présents mais ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique des dysfonctions sexuelles. La catégorie dysfonction sexuelle non spécifiée est utilisée dans les situations au cours desquelles le clinicien choisit de *ne pas* spécifier la raison pour laquelle les critères d'une dysfonction sexuelle spécifique ne sont pas remplis et inclut les situations pour lesquelles il existe des informations insuffisantes pour établir un diagnostic plus spécifique.

Références

Éjaculation retardée

- Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, et al: Sexual function in men older than 50 years of age. health professionals follow-up study. *Ann Intern Med* 139(3):161–168, 2003 12899583
- Jern P, Santtila P, Johansson A, Sandnabba NK: Genetic and environmental effects on the continuity of ejaculatory dysfunction. *BJU Int* 105(12):1698–1704, 2010 19863518
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281(6):537–544, 1999 10022110
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al: Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 17(1):39–57, 2005 15215881
- McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, et al: Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 1(1):58–65, 2004 16422984
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al: Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 327(7412):426–427, 2003 12933730
- Richardson D, Goldmeir D: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction: Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *Int J STD AIDS* 17(1):7–13, 2006 16409671
- Segraves RT: Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V. *J Sex Med* 7(2 pt 1):690–695, 2010 20492418
- Waldinger MD, Schweitzer DH: Retarded ejaculation in men: an overview of psychological and neurobiological insights. *World J Urol* 23(2):76–81, 2005 15937707

Trouble de l'érection

- Araujo AB, Johannes CB, Feldman HA, et al: Relation between psychosocial risk factors and incident erectile dysfunction: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Am J Epidemiol* 152(6):533–541, 2000 10997543
- Beutel ME, Weidner W, Brähler E: Epidemiology of sexual dysfunction in the male population. *Andrologia* 38(4):115–121, 2006 16872462
- Inman BA, Sauver SL, Jacobson DJ, et al: A population-based, longitudinal study of erectile dysfunction and future coronary artery disease. *Mayo Clin Proc* 84(2):108–113, 2009 19181643
- Lewis RW: Epidemiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 28(2):209–216, 2001 11402575
- Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, et al: Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *Int J Impot Res* 18(2):170–174, 2006 16151475
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al: Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 64(5):991–997, 2004 15533492
- Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, et al: Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. *Int J Impot Res* 14(6):422–432, 2002 12494273
- Santtila P, Sandnabba NK, Jern P: Prevalence and determinants of male sexual dysfunctions during first intercourse. *J Sex Marital Ther* 35(2):86–105, 2009 19266379
- Shrestha R, Segraves R: Diagnosis, epidemiology and course of sexual disorders. In Balon R, Segraves R, editors: *Clinical Manual of Sexual Disorders*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009, pp 3–22
- Travison TG, Shabsigh R, Araujo AB, et al: The natural progression and remission of erectile dysfunction: results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 177(1):241–246, 2007 17162054
- Wylie K: Erectile dysfunction. *Adv Psychosom Med* 29:33–49, 2008 18391556

Trouble de l'orgasme chez la femme

- Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al: Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 7(5):297–309, 2000 10993029
- Bancroft J, Loftus J, Long JS: Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32(3):193–208, 2003 12807292

- Burri AV, Cherkas LM, Spector TD: The genetics and epidemiology of female sexual dysfunction: a review. *J Sex Med* 6(3):646–657, 2009 19143906
- Graham CA: The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav* 39(2):256–270, 2010 19784768
- Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH: *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia, PA, WB Saunders, 1953
- Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S: *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1994
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al: Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 17(1):39–57, 2005 15215881
- Levine KB, Williams RE, Hartmann KE: Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause* 15(4 pt 1):661–666, 2008 18698279
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al: Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 327(7412):426–427, 2003 12933730
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, et al: Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res* 15:173–257, 2004 16913280
- Oberg K, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS: On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: an epidemiological approach. *Int J Impot Res* 16(3):261–269, 2004 15184916

Trouble de l'orgasme chez la femme

- Bancroft J, Loftus J, Long JS: Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32(3):193–208, 2003 12807292
- Brotto LA: The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav* 39(2):221–239, 2010 19777334
- Brotto LA: Diagnostic and clinical issues in the distinction between low desire and asexuality. Paper presented at the annual meeting of the International Academy of Sex Research, Estoril, Portugal, July 2012
- Brotto LA, Petkau JA, Labrie F, Basson R: Predictors of sexual desire disorder in women. *J Sex Med* 8(3):742–753, 2011 10 1111/j. 1743-6109. 2010. 02146. x 21143419
- Burri AV, Cherkas LM, Spector TD: The genetics and epidemiology of female sexual dysfunction: a review. *J Sex Med* 6(3):646–657, 2009 19143906
- Carvalho AA, Brotto LA, Leal I: Women's motivations for sex: exploring the Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med* 7(4 Pt 1):1454–1463, 2010 20141590
- Dennerstein L, Leher P, Burger H: The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 84(1):174–180, 2005 16009174
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A: Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med* 3(2):212–222, 2006 16490014
- Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR: Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res* 14(6):487–493, 2002 12494283
- Graham CA: The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav* 39(2):240–255, 2010 19777335
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett C, Fairley C: What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 5(4):777–787, 2008 18266650
- Laan E, van Driel EM, van Lunsen RHW: Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med* 5(6):1424–1435, 2008 18410301
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al: Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 17(1):39–57, 2005 15215881
- Lutfey KE, Link CL, Rosen RC, et al: Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Arch Sex Behav* 38(4):514–527, 2009 18188686
- McCall K, Meston C: Cues resulting in desire for sexual activity in women. *J Sex Med* 3(5):838–852, 2006 16942529
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al: Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 327(7412):426–427, 2003 12933730

- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J: Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther* 34(4):325–342, 2008 18576234
- Richters J, Grulich AE, de Visser RO, et al: Sex in Australia: sexual difficulties in a representative sample of adults. *Aust N Z J Public Health* 27(2):164–170, 2003 14696707
- Sand M, Fisher WA: Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med* 4(3):708–719, 2007 17498106
- Sanders SA, Graham CA, Milhausen RR: Predicting sexual problems in women: the relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Arch Sex Behav* 37(2):241–251, 2008 17902042
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al: Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 112(5):970–978, 2008 18978095
- Woo JS, Brotto LA, Gorzalka BB: The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Arch Sex Behav* 40(2):385–394, 2011 20349208
- Woo JS, Brotto LA, Gorzalka BB: The relationship between sex guilt and sexual desire in a community sample of Chinese and Euro-Canadian women. *J Sex Res* 49(2–3):290–298, 2012 21302175

Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration

- Binik YM: The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav* 39(2):292–303, 2010a 19830537
- Binik YM: The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav* 39(2):278–291, 2010b 19851855
- Binik YM, Bergeron S, Khalifé S: Dyspareunia and vaginismus: so-called sexual pain. In Leiblum SR, editor: *Principles and Practice of Sex Therapy*, New York, Guilford, 2007, pp 124–156
- Davis SN, Binik YM, Carrier S: Sexual dysfunction and pelvic pain in men: a male sexual pain disorder? *J Sex Mar Ther* 35(3):182–205, 2009 19360518
- Dogan S: Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *J Sex Med* 6(1):184–192, 2009 19170848
- Farmer MA, Taylor AM, Bailey AL, et al: Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodynia. *Sci Transl Med* 3(101):101ra91, 2011 21937756
- Harlow BL, Wise LA, Stewart EG: Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol* 185(3):545–550, 2001 11568775
- Kao A, Binik YM, Amsel R, et al: Biopsychosocial predictors of postmenopausal dyspareunia: the role of steroid hormones, vulvovaginal atrophy, cognitive-emotional factors, and dyadic adjustment. *J Sex Med* 9(8):2066–2076, 2012 22621792
- Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, et al: Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond Engl)* 6(5):705–719, 2010 20887170
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281(6):537–544, 1999 10022110
- Melzack RJ, Katz J: The McGill pain questionnaire: appraisal and current status. In Turk DCM, editor: *Handbook of Pain Assessment*, New York, Guilford, 1992, pp 152–164
- Paterson LQ, Davis SN, Khalifé S, et al: Persistent genital and pelvic pain after childbirth. *J Sex Med* 6(1):215–221, 2009 19170851
- Reed BD: Dyspareunia and sexual/physical abuse. In Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, editors: *Female Sexual Pain Disorders*, Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009, pp 213–217
- Rosenbaum TY: Physical therapy evaluation of dyspareunia. In Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, editors: *Female Sexual Pain Disorders*, Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009, pp 27–31
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE: *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press, 1970

Diminution du désir sexuel chez l'homme

- Bancroft J: The behavioural correlates of testosterone (Chapter 5). In Nieschlag E, Behre H, editors: *Testosterone: Action, Deficiency, Substitution*, 4th Edition, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2012, pp 87–122
- Baumeister RF, Catanese KR, Vohs KD: Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Pers Soc Psychol Rev* 5:242–273, 2001

- Brotto LA: The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in men. *J Sex Med* 7(6):2015–2030, 2010 20929517
- Brotto LA: Diagnostic and clinical issues in the distinction between low desire and asexuality. Paper presented at the annual meeting of the International Academy of Sex Research, Estoril, Portugal, July 2012
- Brotto LA, Woo JST, Gorzalka BB: Differences in sexual guilt and desire in east Asian and Euro-Canadian men. *J Sex Res* 49(6):594–602, 2012 22004159
- Corona G, Mannucci E, Petrone L, et al: Psycho-biological correlates of hypoactive sexual desire in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 16(3):275–281, 2004 14961059
- Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR: Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res* 14(6):487–493, 2002 12494283
- Fugl-Meyer AR, Sjögren Fugl-Meyer KS: Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol* 2:79–105, 1999
- Janssen E, McBride K, Yarber W, et al: Factors that influence sexual arousal in men: a focus group study. *Arch Sex Behav* 37(2):252–265, 2008 18040768
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al: Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 17(1):39–57, 2005 15215881
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al: Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 327(7412):426–427, 2003 12933730
- Meston CM, Buss DM: Why humans have sex. *Arch Sex Behav* 36(4):477–507, 2007 17610060
- Sandfort TGM, de Keizer M: Sexual problems in gay men: an overview of empirical research. *Annu Rev Sex Res* 12:93–120, 2001 12666738

Éjaculation prématurée (précoce)

- Althof S: Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. *J Urol* 175(3Pt1):842–848, 2006 16469562
- Jern P, Santtila P, Witting K, et al: Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *J Sex Med* 4(6):1739–1749, 2007 17888070
- Jern P, Santtila P, Johansson A, et al: Is there an association between same-sex sexual experiences and ejaculatory dysfunction? *J Sex Marit Ther* 36(4):303–312, 2010 20574886
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al: Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behavior. *Int J Impot Res* 17(1):39–57, 2005 15215881
- Rosen RC, Althof S: Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life and sexual relationship consequences. *J Sex Med* 5(6):1296–1307, 2008 18422496
- Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al: Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 7(4 Pt 2):1668–1686, 2010 20388164
- Santtila P, Jern P, Westberg L, et al: The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 7(4 Pt 1):1538–1546, 2010 20141587
- Segraves RT: Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSMV. *J Sex Med* 7(2Pt1):672–679, 2010 20492416
- Waldinger MD: Toward evidence-based genetic research on lifelong premature ejaculation: a critical evaluation of methodology. *Korean J Urol* 52(1):1–8, 2011 21344023
- Waldinger MD, Schweitzer D: Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidenced based definition of premature ejaculation, Part II: proposals for DSM-V and ICD-11. *J Sex Med* 3(4):693–705, 2006 16839326
- Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, et al: A multinational population survey of intravaginal ejaculatory latency time. *J Sex Med* 2(4):492–497, 2005 16422843

Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament

- Clayton A, Keller A, McGarvey E: Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs. *J Affect Disord* 91(1):27–32, 2006 16430968

- Dunn J, Arakawa R, Greist JH, Clayton AH: Assessing the onset of antidepressant-induced sexual dysfunction using interactive voice response technology. *J Clin Psychiatry* 68(4):525–532, 2007 17474807
- Fujii A, Yasui-Furukori N, Sugawara N, et al: Sexual dysfunction in Japanese patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34(2):288–293, 2010 19951735
- Graham CA, Ramos R, Bancroft J, et al: The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. *Contraception* 52(6):363–369, 1995 8749600
- Haberfellner E, Rittmannsberger H: Spontaneous remission of SSRI-induced orgasm delay. *Pharmacopsychiatry* 37(3):127–130, 2004 15179969
- Kennedy SH, Eisfeld BS, Dickens SE, et al: Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 61(4):276–281, 2000 10830148
- Palha A, Esteves M: Drugs of abuse and sexual functioning. *Adv Psychosom Med* 29:131–149, 2008 18391561
- Rettenbacher M, Hofer A, Ebenbichler C, et al: Prolactin levels and sexual adverse effects in patients with schizophrenia during antipsychotic treatment. *J Clin Psychopharmacol* 30(6):711–715, 2010 21105287
- Segraves R: Sexual dysfunction associated with antidepressant therapies. *Urol Clin North Am* 34(4):575–579, 2007 17983897
- Strohmaier J, Wüst S, Uher R, et al: Sexual dysfunction during treatment with serotonergic and noradrenergic antidepressants: clinical description and the role of the 5-HTTLPR. *World J Biol Psychiatry* 12(7):528–538, 2011 21388237
- Williams VS, Baldwin DS, Hogue SL, et al: Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. *J Clin Psychiatry* 67(2):204–210, 2006 16566614

Dysphorie de genre

Ce chapitre concerne le diagnostic global de dysphorie de genre, présenté avec des critères développementaux spécifiques pour les enfants d'une part, les adolescents et les adultes d'autre part. Les significations du mot « sexe » et du mot « genre » sont controversées et ont conduit à une prolifération de termes dont la signification varie à la fois entre les disciplines et au sein d'une même discipline au cours du temps. Une autre source de confusion est liée au fait que le mot « sexe », en anglais comme en français, désigne à la fois la polarité masculin/féminin et la sexualité. Ce chapitre utilise les concepts et les termes largement utilisés par les cliniciens spécialisés dans ce domaine et issus de diverses disciplines. Dans ce chapitre, sexe et sexuel se réfèrent aux paramètres biologiques mâle/femelle (dans le contexte de la capacité de reproduction) : chromosomes sexuels, gonades, hormones sexuelles et organes génitaux internes et externes non ambigus. Le terme troubles du développement sexuel¹ représente les déviations somatiques innées de l'appareil reproducteur par rapport à la norme et/ou les divergences entre les paramètres biologiques permettant de déterminer ce qui est masculin ou féminin. Les *traitements hormonaux trans-sexualisants* désignent l'utilisation d'hormones de féminisation chez des individus assignés au sexe masculin à la naissance sur la base des paramètres biologiques classiques, ou sur l'utilisation d'hormones masculinisantes chez des individus assignés au sexe féminin à la naissance.

La nécessité d'introduire le terme *genre* est née de la constatation que pour les sujets ayant des caractéristiques biologiques sexuelles contradictoires ou ambiguës (c.-à-d. « l'intersexuation »), le rôle vécu dans la société et l'identification comme masculin/féminin ne pouvaient pas être uniformément associés ou prédits par des paramètres biologiques. En effet, certaines personnes développent au cours de leur vie une identité féminine ou masculine en contradiction avec l'ensemble de leurs caractéristiques biologiques classiques. Ainsi, le terme *genre* est utilisé pour désigner le rôle social (généralement légalement reconnu) de garçon ou de fille, d'homme ou de femme. Contrairement à certaines théories constructivistes sociales, les facteurs biologiques sont aujourd'hui considérés comme contribuant, en interaction avec différents facteurs sociaux et psychologiques, au développement du genre. Le terme *assignation du genre* fait référence à l'attribution initiale masculin/féminin. Cela se produit habituellement à la naissance et, de ce fait, conduit à l'attribution du *genre de naissance*.

Le terme *genre atypique* se réfère aux caractéristiques somatiques ou comportementales qui ne sont pas typiques (au sens statistique) d'individus ayant le même genre assigné dans une société donnée et à une période donnée de l'histoire ; pour les aspects comportementaux, le terme *non-conformité au genre* est un terme descriptif alternatif. Le terme *réassignation de genre* désigne un changement officiel (et généralement juridique) du genre. *L'identité de genre* est une catégorie de l'identité sociale et se réfère à l'identification de l'individu comme masculin, féminin ou parfois d'une catégorie autre que masculin-féminin. La *dysphorie de genre*, comme terme descriptif général, se réfère à la non-congruence affective/cognitive d'un individu avec son genre assigné mais est plus spécifiquement définie lorsqu'elle est utilisée comme une catégorie diagnostique. *Transgenre* se réfère au large spectre d'individus qui s'identifient transitoirement ou de manière persistante avec un genre différent de leur genre de naissance.

1. NDT. *Disorder of sex development*. Les termes hermaphroditisme, intersexuation et ambiguïté sexuelle ont aussi été employés dans ce contexte.

Transsexuel désigne un individu qui souhaite, ou a déjà subi, une transition sociale du genre masculin vers le genre féminin ou l'inverse, ce qui implique souvent (mais pas systématiquement) des modifications physiques par des traitements hormonaux transsexualisants et/ou par la chirurgie génitale (chirurgie de réassignation du sexe).

Dysphorie de genre se réfère à la détresse qui peut accompagner l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné. Bien que tous les individus n'éprouvent pas de détresse à la suite d'une telle incongruité, beaucoup sont en difficulté lorsque les interventions somatiques (hormones et/ou chirurgie) ne sont pas disponibles. Le terme actuel est plus descriptif que le terme *trouble de l'identité de genre* du précédent DSM-IV et se concentre sur la dysphorie comme étant le problème clinique, et non sur l'identité en soi.

Dysphorie de genre

Critères diagnostiques

Dysphorie de genre chez les enfants

302.6 (F64.2)

- A. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins six des items suivants (le critère A1 en faisant obligatoirement partie) :
1. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent que celui qui lui a été assigné).
 2. Chez les garçons (genre assigné), forte préférence pour le style vestimentaire opposé ou pour le travestissement en femme, ou chez les filles (genre assigné), préférence marquée pour le port exclusif de vêtements masculins et forte opposition au port de vêtements typiquement féminins.
 3. Dans les jeux de « faire semblant » ou dans les fantaisies de jeu, forte préférence pour incarner l'autre sexe.
 4. Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l'autre sexe.
 5. Préférence marquée pour les camarades de l'autre sexe.
 6. Chez les garçons (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement masculins et évitement marqué des jeux de bagarre, ou chez les filles (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement féminins.
 7. Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle.
 8. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien.
- B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec trouble du développement sexuel (p. ex. un trouble adrénogénital congénital tel qu'une hyperplasie congénitale des surrénales 255.2 [E25.0] ou un syndrome d'insensibilité aux androgènes 259.50 [E34.50]).

Note de codage : Coder le trouble du développement sexuel ainsi que la dysphorie de genre.

Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes **302.85 (F64.1)**

- A. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :
1. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).

2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
 3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.
 4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
 5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
 6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
- B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec trouble du développement sexuel (p. ex. un trouble adrénogénital congénital tel que : 255.2 [E25.0] hyperplasie congénitale des surrénales ou 259.50 [E34.50] syndrome d'insensibilité aux androgènes).

Note de codage : Coder le trouble du développement sexuel ainsi que la dysphorie de genre.

Spécifier si :

Post-transition : L'individu a fait la transition vers une vie à plein-temps dans le genre désiré (avec ou sans légalisation du changement de sexe) et a subi (ou se prépare à subir) au moins une procédure médicale de changement de sexe ou un protocole thérapeutique, à savoir un traitement hormonal ou une chirurgie de changement de sexe vers le genre désiré (p. ex. pénectomie, vaginoplastie chez une personne née de sexe masculin, mastectomie ou phalloplastie chez une personne née de sexe féminin).

Spécifications

La spécification post-transition peut être utilisée dans le cadre de la poursuite des procédures de traitement qui servent à la nouvelle assignation de genre.

Caractéristiques diagnostiques

Les personnes atteintes de dysphorie de genre présentent une non-congruence marquée entre le genre auquel ils ont été assignés (habituellement à la naissance, attribué comme genre de naissance) et le genre éprouvé/exprimé. Cette divergence est la composante fondamentale du diagnostic. Il existe également des signes évidents de détresse témoignant de cette non-congruence. Le genre éprouvé peut inclure des identifications de genre alternatif au-delà des stéréotypes binaires. Par conséquent, la détresse ne se limite pas à un désir d'être tout simplement de l'autre genre mais peut inclure un désir d'être d'un genre alternatif à condition qu'il diffère du genre assigné de l'individu.

La dysphorie de genre se manifeste différemment selon les groupes d'âge. Les filles prépubères atteintes de dysphorie de genre peuvent exprimer le souhait d'être un garçon, affirmer qu'elles sont un garçon ou qu'elles vont grandir pour devenir un homme. Elles préfèrent les vêtements et les coiffures des garçons, sont souvent perçues par les étrangers comme des garçons et peuvent demander à être appelées par le nom d'un garçon. Habituellement, elles affichent des réactions négatives intenses aux tentatives parentales de leur faire porter des robes ou des parures féminines. Certaines peuvent

refuser d'aller à l'école ou de participer à des événements sociaux où ces vêtements sont nécessaires. Ces filles peuvent faire montre d'identifications marquées à l'autre genre dans les jeux de rôle, les rêves et les fantasmes. Les sports de contact, la bagarre, les jeux traditionnellement réservés aux garçons et la recherche de garçons comme compagnons de jeu sont le plus souvent préférés. Elles montrent peu d'intérêt pour les jouets (p. ex. poupées) ou les activités (p. ex. vêtements ou jeux de rôle) de stéréotype féminin. Parfois, elles refusent d'uriner en position assise. Certaines filles peuvent exprimer le désir d'avoir un pénis ou d'en voir pousser un quand elles seront plus âgées. Elles peuvent également déclarer qu'elles ne veulent pas avoir de seins ou de menstruations.

Les garçons prépubères atteints de dysphorie de genre peuvent exprimer le souhait d'être une fille ou affirmer qu'ils sont une fille ou qu'ils vont grandir et devenir une femme. Ils ont une préférence pour s'habiller avec des vêtements de filles ou de femmes ou peuvent improviser des vêtements à partir de matériaux disponibles (p. ex. en utilisant des serviettes, tabliers, foulards pour les cheveux longs ou des jupes). Ces enfants peuvent jouer des jeux de rôle de femmes (p. ex. jouer à la « maman ») et sont souvent très intéressés par des figures fantasmagiques féminines. Les activités traditionnelles, les jeux stéréotypés et les passe-temps féminins (p. ex. jouer à s'occuper de la maison, dessiner des figures féminines, regarder à la télévision ou sur des vidéos des personnages féminins favoris) sont le plus souvent préférés. Les poupées de stéréotypes féminins (p. ex. Barbie) sont souvent les jouets préférés et les filles sont leurs compagnes de jeu de prédilection. Ils évitent la bagarre et les sports de compétition et ont peu d'intérêt pour les jouets traditionnellement masculins (p. ex. voitures, camions). Certains peuvent prétendre ne pas avoir de pénis et veulent utiliser la position assise pour uriner. Parfois, ils peuvent déclarer qu'ils trouvent leur pénis ou leurs testicules dégoûtants, qu'ils souhaitent qu'on les leur enlève, ou qu'ils ont ou souhaitent avoir un vagin.

Chez les jeunes adolescents présentant une dysphorie de genre, les caractéristiques cliniques peuvent ressembler à celles d'enfants ou d'adultes, selon leur niveau de développement. Comme les caractères sexuels secondaires des jeunes adolescents ne sont pas encore pleinement développés, ces sujets peuvent ne pas encore déclarer une aversion pour eux mais ils sont préoccupés par les changements physiques imminents.

Chez les adultes ayant une dysphorie de genre, la différence entre le genre vécu et les caractéristiques sexuelles physiques est souvent, mais pas toujours, accompagnée d'un désir de se débarrasser des caractères sexuels primaires et/ou secondaires et/ou d'un fort désir d'acquérir les caractères sexuels primaires ou secondaires de l'autre sexe. À des degrés divers, les adultes ayant une dysphorie de genre peuvent adopter le comportement, l'habillement et les habitudes du genre vécu. Ils se sentent mal à l'aise d'être considérés par les autres ou de fonctionner en société en tant que membres de leur genre assigné. Certains adultes peuvent avoir un fort désir d'être d'un genre différent et traités comme tels, et ils peuvent avoir la certitude interne de ressentir et de réagir comme étant du genre vécu sans chercher un traitement médical pour modifier les caractéristiques de leur corps. Ils peuvent trouver d'autres moyens pour résoudre l'incompatibilité entre le genre vécu/exprimé et assigné en vivant en partie dans le rôle désiré ou en adoptant un rôle de genre ni classiquement masculin ni classiquement féminin.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Lorsque les signes visibles de la puberté se développent, les garçons (genre de naissance) se rasent les jambes dès les premiers signes de croissance des poils. Ils peuvent enserrer leurs parties génitales pour rendre leurs érections moins visibles. Les filles peuvent corseter leurs seins, marcher voûtées ou utiliser des chandails lâches

pour rendre leurs seins moins visibles. De plus en plus, les adolescents demandent, ou peuvent obtenir parfois sans prescription médicale et sans surveillance, des supprimeurs hormonaux (« bloqueurs ») des stéroïdes gonadiques (p. ex. analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines [GnRH], spironolactone). Les adolescents adressés pour évaluation clinique veulent souvent un traitement hormonal et beaucoup souhaitent également une chirurgie de changement de sexe. Les adolescents vivant dans un environnement tolérant peuvent exprimer ouvertement le désir d'être considérés comme étant de leur genre vécu et traités comme tels et s'habillent en partie ou complètement comme le genre vécu. Ils arborent une coiffure typique du genre éprouvé, recherchent de préférence des amitiés avec leurs pairs de l'autre sexe et/ou adoptent un nouveau prénom compatible avec le genre éprouvé. Les adolescents plus âgés, quand ils sont actifs sexuellement, ne montrent habituellement pas leurs organes génitaux à leur partenaire ou ne leur permettent pas de les toucher. Pour les adultes ayant une aversion envers leurs organes génitaux, l'activité sexuelle est limitée par le fait que leurs parties génitales ne doivent pas être vues ou touchées par leurs partenaires. Certains adultes peuvent rechercher un traitement hormonal (parfois sans prescription médicale et surveillance) et une chirurgie de changement de sexe. D'autres sont satisfaits avec soit un traitement hormonal soit avec la chirurgie seule.

Les adolescents et les adultes atteints de dysphorie de genre avant le changement de sexe sont à risque accru de présence d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicide. Après le changement de sexe, l'adaptation peut varier et le risque de suicide peut persister.

Prévalence

Pour les adultes nés de sexe masculin, la prévalence varie de 0,005 à 0,014 %, et pour les personnes nées femmes, de 0,002 à 0,003 %. Tous les adultes ne cherchant pas un traitement hormonal et chirurgical de réassignation dans des centres spécialisés, ces taux sont susceptibles d'être sous-estimés. Les différences entre les sexes dans les taux de prise en charge dans les centres spécialisés varient selon l'âge. Chez les enfants, les ratios de garçons (genre de naissance) par rapport aux filles vont de 2/1 à 4,5/1. Chez les adolescents, le ratio selon le sexe est proche de la parité ; chez les adultes, le ratio selon le sexe est en faveur des garçons (genre de naissance) avec des ratios allant de 1/1 à 6,1/1. Dans deux pays, le ratio selon le sexe semble favoriser les femmes (genre de naissance) (Japon : 2,2/1 ; Pologne : 3,4/1).

Développement et évolution

Comme l'expression de la dysphorie de genre varie avec l'âge, il existe des critères distincts pour les enfants d'une part, les adolescents et les adultes d'autre part. Les critères qui concernent les enfants sont définis d'une manière plus concrète et plus comportementale que ceux qui concernent les adolescents et les adultes. Bon nombre de critères de base s'appuient sur des différences typiques de comportement observées habituellement chez les garçons et les filles au cours de leur développement. Les jeunes enfants sont moins susceptibles que les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes d'exprimer une dysphorie anatomique extrême et persistante. Chez les adolescents et les adultes, la non-congruence entre le genre éprouvé et le sexe physique est un élément central du diagnostic.

Les facteurs liés à la détresse et à l'incapacité fonctionnelle varient également avec l'âge. Un très jeune enfant peut montrer des signes de détresse (p. ex. pleurs intenses) lorsque les parents disent à l'enfant qu'il ou elle n'est pas « réellement » un membre de

l'autre sexe, mais qu'il « désire » simplement l'être. La détresse peut ne pas être manifeste dans des environnements sociaux qui soutiennent la volonté de l'enfant de vivre dans le rôle de l'autre sexe et cette détresse peut n'émerger que lorsque le désir de l'enfant est entravé. Chez les adolescents et les adultes, la détresse peut se manifester en raison de la forte incompatibilité entre le genre éprouvé et le sexe somatique. Cette détresse peut toutefois être atténuée par des environnements favorables et par le fait de savoir que des traitements biomédicaux-sociaux existent pour réduire l'incongruité décrite précédemment. Le retentissement (p. ex. refus scolaire, développement d'une dépression, anxiété et abus de toxiques) peut être une conséquence de la dysphorie de genre.

Dysphorie de genre sans trouble du développement sexuel. Pour les enfants référés vers des centres spécialisés, l'apparition de comportements transgenres se situe généralement entre l'âge de 2 et 4 ans. Cela correspond à la période de temps durant laquelle les enfants expérimentent au cours de leur développement les comportements et les intérêts relatifs à leur genre. Pour certains enfants d'âge préscolaire, les comportements transgenres envahissants et le désir exprimé d'être de l'autre sexe peuvent être présents conjointement ; plus rarement, l'enfant peut uniquement se désigner comme un membre de l'autre sexe. Dans certains cas, le désir exprimé d'être de l'autre sexe apparaît plus tardivement, généralement à l'entrée à l'école primaire. Seule une petite minorité d'enfants expriment leur malaise vis-à-vis de leur anatomie sexuelle ou expriment le désir d'avoir une anatomie sexuelle correspondant au genre expérimenté (« dysphorie anatomique »). Le fait de s'exprimer sur leur dysphorie anatomique devient plus fréquent à mesure que les enfants présentant une dysphorie de genre approchent de la puberté et l'anticipent.

Les taux de persistance de dysphorie de genre de l'enfance à l'adolescence ou à l'âge adulte varient. Chez les sujets masculins de naissance, la persistance varie de 2,2 à 30 %. Chez les sujets féminins de naissance, la persistance varie de 12 à 50 %. La persistance de la dysphorie de genre est modérément corrélée avec des mesures dimensionnelles de sévérité lors de l'évaluation initiale durant l'enfance. Dans un échantillon de sujets masculins (genre de naissance), un contexte socio-économique défavorable a été légèrement corrélé avec la persistance du trouble. Il est difficile de savoir si les approches thérapeutiques appliquées à la dysphorie de genre chez les enfants sont liées à des taux de persistance du trouble à long terme. Les échantillons de patients inclus dans les études de suivi à long terme sont composés d'enfants ne recevant aucune intervention thérapeutique formelle ou recevant des interventions thérapeutiques de divers types, allant d'efforts actifs pour réduire la dysphorie de genre à une approche plus neutre de type « surveillance attentive ». On ignore si les enfants « encouragés » à vivre socialement selon le genre désiré présentent par la suite des taux plus élevés de persistance du trouble, puisque ces enfants n'ont pas encore été suivis longitudinalement de manière systématique. Pour les enfants de sexe de naissance masculin comme féminin et chez lesquels le trouble persiste, la quasi-totalité est sexuellement attirée par des personnes de leur sexe de naissance. Pour les enfants de sexe de naissance masculin dont la dysphorie de genre ne persiste pas, la majorité est androphile (sexuellement attirée par les hommes) et s'identifie souvent au fait d'être gay ou homosexuel (63 à 100 % d'entre eux). Chez les enfants de sexe de naissance féminin dont la dysphorie de genre ne persiste pas, le pourcentage de ceux qui sont gynéphiles (sexuellement attirés par les femmes) et s'identifient comme lesbiennes est plus faible (32 à 50 %).

Chez les hommes (genre de naissance) adolescents et adultes, il existe deux grandes trajectoires de développement de la dysphorie de genre : apparition de début précoce et apparition de début tardif. La *dysphorie de genre d'apparition précoce* commence dans l'enfance et se poursuit à l'adolescence et l'âge adulte ; dans certains cas, il y a

une période intercurrente durant laquelle le sujet ayant une dysphorie de genre se « rétracte » et s'identifie comme étant gay ou homosexuel, période suivie par la réapparition de la dysphorie de genre. La *dysphorie de genre d'apparition tardive* survient autour de la puberté ou plus tard au cours de la vie. Certaines de ces personnes déclarent avoir eu un désir d'être de l'autre sexe dans l'enfance mais qui n'a pas été exprimé verbalement aux autres. D'autres ne se souviennent pas de signes de dysphorie de genre dans leur enfance. Pour les adolescents de sexe masculin ayant une apparition tardive de la dysphorie de genre, les parents rapportent être souvent surpris parce qu'ils n'ont pas observé de signes de dysphorie de genre pendant l'enfance. L'expression des dysphories anatomiques est plus fréquente et saillante à partir de l'adolescence et chez les adultes, une fois que les caractères sexuels secondaires se sont développés.

Les hommes (genre de naissance) adolescents et adultes ayant eu une apparition précoce d'une dysphorie de genre sont presque toujours attirés sexuellement par les hommes (androphiles). Les adolescents et les adultes dont la dysphorie de genre est d'apparition tardive s'engagent fréquemment dans des comportements de transvestisme liés à une excitation sexuelle. La majorité de ces personnes sont gynéphiles ; elles peuvent aussi être sexuellement attirées par d'autres sujets mâles ayant une dysphorie de genre d'apparition tardive et étant au stade de post-transition. Un pourcentage important des adultes masculins ayant une dysphorie de genre d'apparition tardive cohabitent ou sont mariés à des femmes (genre de naissance). Après la transition de genre, beaucoup s'identifient comme étant lesbiennes. Chez les hommes adultes (genre de naissance) ayant une dysphorie de genre, le groupe à début précoce recherche un traitement hormonal et une chirurgie de réassignation à un âge plus précoce que ne le fait le groupe d'apparition tardive. Le groupe d'apparition tardive peut avoir plus de fluctuations dans le degré de dysphorie de genre et être plus ambivalent et moins satisfait après la chirurgie de changement de sexe.

Chez les femmes (genre de naissance) adolescentes ou adultes, le cours évolutif le plus commun est la forme à début précoce. La forme tardive est beaucoup moins fréquente chez les femmes que chez les hommes (genre de naissance). Comme chez les hommes présentant une dysphorie de genre, il peut y avoir chez les femmes une période où la dysphorie de genre semble en apparence disparaître et ces personnes s'identifient alors comme lesbiennes ; toutefois, quand la dysphorie de genre s'exprime à nouveau, ces femmes demandent des consultations médicales, souvent avec le désir d'un traitement hormonal et d'une chirurgie de réassignation. Les parents d'adolescentes présentant la forme tardive signalent également qu'ils sont surpris par le fait qu'aucun signe de dysphorie de genre n'était évident durant l'enfance. L'expression d'une dysphorie anatomique est beaucoup plus fréquente et saillante chez les adolescentes et les adultes que chez les enfants.

Les femmes (genre de naissance) adolescentes ou adultes ayant une apparition précoce de dysphorie de genre sont presque toujours gynéphiles. Les adolescentes et les femmes adultes (genre de naissance) présentant une forme tardive de dysphorie de genre sont généralement androphiles et, après la transition de genre, elles s'identifient comme des hommes homosexuels. Les femmes avec la forme tardive n'ont pas de comportements concomitants de transvestisme avec excitation sexuelle.

Dysphorie de genre en association avec un trouble du développement sexuel. La plupart des personnes souffrant d'un trouble du développement sexuel et qui développent une dysphorie de genre ont déjà eu accès à des soins médicaux à un âge précoce. Pour beaucoup, à partir de la naissance, les questions autour de l'assignation du genre ont été soulevées par les médecins et les parents. En outre, comme l'infertilité est assez fréquente chez ces patients, les médecins sont plus enclins à effectuer des traitements hormonaux et une chirurgie génitale avant l'âge adulte.

Les troubles du développement sexuel sont en général associés à des comportements atypiques autour du genre et ce, dès la petite enfance. Cependant, dans la majorité des cas, cela ne conduit pas à une dysphorie de genre. Comme les personnes souffrant d'un trouble du développement sexuel ont le plus souvent connaissance de leur histoire médicale et de leur situation, nombre d'entre elles éprouvent une incertitude quant à leur genre, par opposition à l'élaboration d'une ferme conviction qu'ils sont du genre opposé. Cependant, la plupart n'évoluent pas vers un changement de genre. La dysphorie de genre et la transition de genre peuvent varier considérablement en fonction de la présence d'un trouble du développement sexuel, de sa gravité et du genre assigné à la naissance.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Pour les personnes ayant une dysphorie de genre de début précoce sans trouble du développement sexuel, les comportements atypiques autour du genre se développent dès le début de l'âge préscolaire. Il est possible qu'un degré élevé de comportements précoces atypiques en termes de genre augmente la probabilité de développer une dysphorie de genre et rende plus probable sa persistance à l'adolescence et à l'âge adulte.

Environnementaux. Parmi les personnes ayant une dysphorie de genre sans trouble du développement sexuel, les hommes présentant une dysphorie de genre (dans l'enfance et l'adolescence) ont plus souvent des frères aînés que ceux qui ne présentent pas le trouble. D'autres facteurs prédisposants sont en cours d'étude, en particulier chez les personnes atteintes d'une dysphorie de genre d'apparition tardive (adolescence, âge adulte), cette dernière incluant le transvestime fétichiste qui se développe vers une autogynéphilie (c.-à-d. l'excitation sexuelle associée à la pensée ou l'image de soi-même comme étant une femme) ; d'autres formes de difficultés peuvent jouer un rôle, tels les facteurs sociaux, psychologiques ou les problèmes développementaux.

Génétiques et physiologiques. Pour les sujets ayant une dysphorie de genre sans trouble du développement sexuel, la présence d'une contribution génétique est suggérée par l'existence d'une agrégation familiale (faible) du transsexualisme entre frères et sœurs, ainsi que par les études de jumeaux qui montrent des taux de concordance pour le transsexualisme plus élevés chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes du même sexe et un certain degré d'héritabilité de la dysphorie de genre. Aucune anomalie hormonale et biologique n'a été trouvée chez les individus 46,XY, alors qu'il semble exister une augmentation des taux d'androgènes chez les individus 46,XX (aux niveaux retrouvés chez les femmes hirsutes mais bien en dessous des niveaux chez les sujets sains de sexe masculin). Dans l'ensemble, les données biologiques actuelles sont insuffisantes pour constituer des marqueurs qui permettraient de considérer la dysphorie de genre sans trouble du développement sexuel comme une forme d'intersexualité limitée au système nerveux central.

Dans la dysphorie de genre associée à un trouble du développement sexuel, la probabilité de développer plus tard une dysphorie de genre est augmentée si la production et l'utilisation prénatales d'androgènes (*via* la sensibilité des récepteurs) sont manifestement atypiques par rapport à ce qui est habituellement constaté chez les sujets ayant le même genre assigné. Les exemples comprennent les individus 46,XY ayant des antécédents de production hormonale mâle prénatale normale mais des défauts génitaux non hormonaux innés (p. ex. agénésie pénienne ou exstrophie de la vessie ou du cloaque) et qui ont été assignés au genre féminin. La probabilité de la dysphorie de genre est encore renforcée par l'exposition androgénique

postnatale prolongée et massive avec virilisation somatique, telle qu'elle peut se produire chez les individus d'apparence féminine 46,XY, non castrés qui présentent un déficit de 5-alpha réductase-2 ou de 17-bêta-hydroxystéroïde-déshydrogénase-3, ou bien encore chez les femmes 46,XX ayant une hyperplasie congénitale des surrénales lorsqu'elles présentent de longues périodes de non-observance du traitement substitutif par glucocorticoïdes. Le niveau androgénique prénatal est plus prédictif du comportement sexué que de l'identité de genre. Nombre d'individus atteints de troubles du développement sexuel et de comportements de genre atypiques ne développent pas de dysphorie de genre. Ainsi, le comportement de genre atypique ne doit pas en soi être interprété comme un indicateur de la présence actuelle ou future d'une dysphorie de genre. Chez les individus 46,XY ayant un trouble du développement sexuel, il semble y avoir un taux plus élevé de dysphorie de genre et de demandes de changement de sexe lorsque le genre assigné était féminin que s'il était masculin.

Questions diagnostiques liées à la culture

Des personnes atteintes de dysphorie de genre ont été décrites dans de nombreux pays et cultures. L'équivalent de la dysphorie de genre a également été rapporté chez des individus vivant dans différentes cultures qui ne les catégorisent ni comme mâle ni comme femelle mais dans un genre supplémentaire. Il est difficile de savoir si ces individus remplissent les critères diagnostiques de la dysphorie de genre.

Marqueurs diagnostiques

Les personnes ayant un trouble somatique du développement sexuel montrent une corrélation entre l'identité de genre définitive et le degré de production et de fonctionnalité des androgènes prénataux. Cependant, cette corrélation n'est pas assez robuste pour que ce facteur biologique, lorsqu'il est évalué, puisse remplacer une évaluation diagnostique clinique détaillée et complète de la dysphorie de genre.

Retentissement fonctionnel de la dysphorie de genre

Les préoccupations liées au souhait d'appartenir à l'autre genre peuvent se développer à tout âge après les 2-3 premières années de l'enfance et interfèrent souvent avec les activités quotidiennes. Chez les enfants plus âgés, l'incapacité à développer les compétences sociales habituelles chez les pairs du même sexe et du même âge peut conduire à l'isolement et à la détresse. Certains enfants peuvent refuser d'aller à l'école à cause des moqueries et du harcèlement ou de la pression liée au fait de devoir s'habiller avec les tenues vestimentaires associées à leur genre assigné. Chez les adolescents et les adultes, les préoccupations associées au souhait de changer de genre interfèrent souvent avec les activités quotidiennes. Des difficultés relationnelles, y compris des problèmes de relations sexuelles, sont communes, et le fonctionnement à l'école ou au travail peut être altéré. La dysphorie de genre, au même titre que l'atypicité du genre, est associée à des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de victimisation, à une image de soi négative et à une augmentation des taux de comorbidité d'autres troubles mentaux, ainsi qu'au décrochage scolaire, à la marginalisation économique, y compris le chômage, et aux conséquences sociales et psychiques qui en découlent, en particulier chez les individus issus de familles pauvres et sans ressources. En outre, l'accès de ces personnes aux services de soins et aux centres de santé mentale peut être entravé par des obstacles structurels, tels que le malaise institutionnel ou l'inexpérience du travail avec cette population de patients.

Diagnostic différentiel

Non-conformité aux rôles liés au genre. La dysphorie de genre doit être distinguée de la simple non-conformité aux stéréotypes comportementaux du genre par la présence d'un fort désir d'être d'un autre sexe que celui attribué et par l'étendue et l'omniprésence des activités et des intérêts liés aux différences du genre. Le diagnostic n'est pas destiné à décrire simplement la non-conformité aux stéréotypes des comportements du rôle lié au genre (p. ex. « garçons manqués » chez les filles, comportement « efféminé » chez les garçons, transvestime occasionnel chez les hommes adultes). Compte tenu de l'ouverture accrue des expressions atypiques du genre sur toute la gamme du spectre transgenre, il est important que le diagnostic clinique soit limité aux personnes qui présentent la détresse et le handicap spécifiés dans les critères diagnostiques.

Trouble transvestisme. Le trouble transvestisme apparaît chez les adolescents et les adultes hommes (rarement chez les femmes) hétérosexuels (ou bisexuels) pour qui le comportement de transvestime génère une excitation sexuelle et provoque une détresse et/ou un handicap sans remettre en question leur sexe primaire. Il est parfois accompagné par une dysphorie de genre. Une personne ayant un trouble transvestisme qui a également une dysphorie de genre cliniquement significative peut recevoir les deux diagnostics. Dans de nombreux cas de dysphorie de genre de début tardif chez des hommes (genre de naissance) gynéphiles, le comportement transvestisme avec excitation sexuelle est un précurseur.

Obsession d'une dysmorphie corporelle. Une personne ayant l'obsession d'une dysmorphie corporelle se focalise sur l'aspect, la modification ou la disparition d'une partie spécifique de son corps parce qu'elle est perçue comme étant anormalement formée, et non parce qu'elle présente un rejet du genre assigné. Lorsque la présentation clinique répond à la fois à des critères de dysphorie de genre et d'obsession d'une dysmorphie corporelle, les deux diagnostics peuvent être conjointement portés. Les individus qui souhaitent l'amputation d'un membre sain (situation appelée par certains *troubles de l'identité de l'intégrité du corps*), parce que cela les ferait se sentir plus « complets », ne souhaitent pas en général changer de sexe mais expriment plutôt le désir de vivre comme un amputé ou une personne handicapée.

Schizophrénie et autres troubles psychotiques. Dans la schizophrénie, on rencontre rarement des délires d'appartenance à l'autre sexe. En l'absence de symptômes psychotiques, la préoccupation d'un individu autour de la dysphorie de genre n'est pas considérée comme une idée délirante. La schizophrénie (ou d'autres troubles psychotiques) peut coexister avec une dysphorie de genre.

Autres tableaux cliniques. Certaines personnes ayant un désir d'émascation qui développent une identité de genre alternative, non masculine et non féminine, ont une présentation qui répond aux critères de dysphorie de genre. Cependant, certains hommes cherchent la castration et/ou l'ablation du pénis pour des raisons esthétiques ou afin de supprimer les effets psychologiques des hormones androgènes sans vouloir pour autant changer d'identité masculine ; dans ces cas, les critères de dysphorie de genre ne sont pas remplis.

Comorbidité

Les enfants ayant une dysphorie de genre vus en consultation montrent des niveaux élevés de troubles émotionnels et comportementaux – le plus souvent de l'anxiété, des troubles disruptifs et du contrôle des impulsions et des troubles dépressifs. Chez les enfants prépubères, l'âge est associé au fait d'avoir un risque plus élevé de présenter

des troubles comportementaux ou émotionnels, ce qui semble lié à un rejet accru par les autres des comportements déviants par rapport au genre. Chez les enfants plus âgés, les comportements déviants par rapport au genre conduisent souvent à l'ostracisme par les pairs. La prévalence des troubles mentaux associés à la dysphorie de genre varie selon les cultures et semble vraisemblablement liée aux attitudes de la société envers les enfants souffrant de dysphorie de genre. Il apparaît cependant que, même dans les cultures non occidentales, qui présentent pour certaines une attitude tolérante envers les comportements atypiques liés au genre, les troubles anxieux sont fréquents chez les sujets souffrant de dysphorie de genre. Les troubles du spectre de l'autisme sont plus fréquents chez les enfants référés en consultation pour une dysphorie de genre que dans la population générale. Les adolescents référés pour une dysphorie de genre semblent souvent présenter des troubles mentaux comorbides, notamment des troubles anxieux et dépressifs. Comme chez les enfants, les troubles du spectre de l'autisme sont plus fréquents chez les adolescents adressés en consultation pour une dysphorie de genre que dans la population générale. Les adultes référés pour une dysphorie de genre semblent souvent présenter des troubles mentaux comorbides, notamment des troubles anxieux et dépressifs.

Autre dysphorie de genre spécifiée

302.6 (F64.8)

Cette catégorie s'applique aux situations où prédominent les symptômes caractéristiques d'une dysphorie de genre entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais où tous les critères diagnostiques de dysphorie de genre ne sont pas remplis. La catégorie autre dysphorie de genre spécifiée est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de communiquer la raison spécifique pour laquelle la situation ne répond pas aux critères de dysphorie de genre. Le trouble est enregistré comme « autre dysphorie de genre spécifiée » suivi par la raison précise (p. ex. « épisode bref de dysphorie de genre »).

Exemple d'une situation qui peut relever de l'appellation « autre dysphorie de genre spécifiée » :

La perturbation actuelle répond aux critères symptomatiques de dysphorie de genre mais la durée est de moins de 6 mois.

Dysphorie de genre non spécifiée

302.6 (F64.9)

Cette catégorie s'applique à des situations où prédominent les symptômes caractéristiques d'une dysphorie de genre entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais où tous les critères diagnostiques de dysphorie de genre ne sont pas remplis. La catégorie dysphorie de genre non spécifiée est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de ne pas préciser le motif pour lequel les critères de dysphorie de genre ne sont pas remplis, et comprend des situations dans lesquelles l'information est insuffisante pour établir un diagnostic plus précis.

Page laissée en blanc intentionnellement.

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites regroupent des troubles impliquant des difficultés dans l'autocontrôle des émotions et des comportements. Bien que d'autres troubles dans le DSM-5 impliquent aussi des difficultés dans la régulation émotionnelle et/ou comportementale, les troubles décrits dans ce chapitre sont caractéristiques du fait que ces difficultés se traduisent par des comportements qui nuisent aux droits d'autrui (p. ex. agression, destruction de propriété) et/ou qui exposent le sujet à des conflits significatifs avec les normes sociétales ou les personnes en position d'autorité. Les causes sous-jacentes à ces difficultés dans l'autocontrôle des émotions et des comportements peuvent varier grandement selon les troubles décrits dans ce chapitre et selon les sujets au sein d'une même catégorie diagnostique.

Ce chapitre regroupe le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble explosif intermittent, le trouble des conduites, la personnalité antisociale (décrite dans le chapitre « Troubles de la personnalité »), la pyromanie, la kleptomanie et les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, autre spécifié et non spécifié. Bien que tous les troubles de ce chapitre impliquent des difficultés dans la régulation émotionnelle et comportementale, la source de variation entre les troubles est l'importance relative des difficultés dans les deux types d'autocontrôle. Par exemple, les critères du trouble des conduites se concentrent largement sur les comportements faiblement contrôlés qui nuisent aux droits d'autrui ou qui transgressent des normes sociétales majeures. Plusieurs des symptômes comportementaux (p. ex. agression) peuvent résulter d'émotions faiblement contrôlées comme la colère. À l'autre extrême, les critères du trouble explosif intermittent se concentrent largement sur des types d'émotions faiblement contrôlées, des explosions de colère qui sont disproportionnées par rapport à une provocation interpersonnelle ou autre, ou par rapport à d'autres stress psychosociaux. Le trouble oppositionnel avec provocation a un impact intermédiaire entre ces deux troubles ; les critères y sont plus également distribués entre émotions (colère et irritabilité) et comportements (querelle et provocation). Pyromanie et kleptomanie sont des diagnostics moins fréquemment utilisés et caractérisés par un faible contrôle des impulsions en lien avec des comportements spécifiques (déclencher des incendies ou voler) qui soulagent une tension interne. La catégorie « Autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié » regroupe des troubles dans lesquels on retrouve des symptômes du trouble des conduites, du trouble oppositionnel avec provocation ou des autres troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites mais où le nombre des symptômes n'atteint le seuil diagnostique pour aucun des troubles de ce chapitre, même en présence d'une altération clinique significative associée aux symptômes.

Tous les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites tendent à être plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, bien que la relative légère prédominance masculine puisse différer entre les troubles et au sein d'un même trouble selon l'âge. Les troubles de ce chapitre tendent à débiter dans l'enfance ou l'adolescence. En fait, il est plutôt rare qu'un trouble des conduites ou qu'un trouble oppositionnel avec provocation n'émerge qu'à l'âge adulte. Il existe un lien développemental entre le

trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites, dans le sens où la majorité des cas de troubles des conduites aurait antérieurement rempli les critères du trouble oppositionnel avec provocation, au moins chez les personnes pour lesquelles le trouble des conduites émerge avant l'adolescence. Toutefois, la plupart des enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation ne développent finalement pas de trouble des conduites. De plus, les enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation présentent vraisemblablement un risque de développer d'autres troubles à côté des troubles des conduites, dont des troubles anxieux et dépressifs.

Plusieurs des symptômes qui définissent les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites sont des comportements qui sont rencontrés à un certain degré chez les sujets à développement normal. Ainsi, quand on détermine si quelqu'un présente les symptômes d'un trouble, il est crucial de considérer la fréquence, la persistance, l'omniprésence dans les situations et l'altération associée aux comportements indicatifs du diagnostic en relation avec les normes pour l'âge, le genre et la culture pour une personne donnée.

Les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites ont été mis en lien avec un spectre externalisé commun associé à des dimensions de personnalité intitulées *désinhibition* et (à l'inverse) *contrainte* et, dans une moindre mesure, émotionnalité négative. Ces dimensions de personnalité partagées pourraient contribuer au taux élevé de comorbidité entre ces troubles et à la fréquente comorbidité avec les troubles liés à l'usage d'une substance et la personnalité antisociale. Toutefois, la nature spécifique de la diathèse partagée qui constitue le spectre externalisé reste inconnue.

Trouble oppositionnel avec provocation

Critères diagnostiques

313.81 (F91.3)

- A. Un ensemble d'une humeur colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présents au moins quatre symptômes des catégories suivantes, et se manifestant durant l'interaction avec au moins un sujet extérieur à la fratrie.

Humeur colérique/irritable

1. Se met souvent en colère.
2. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres.
3. Est souvent fâché et plein de ressentiment.

Comportement querelleur/provocateur

4. Conteste souvent les personnes en position d'autorité ou, pour les enfants et les adolescents, ce que disent les adultes.
5. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux règles ou aux demandes des personnes en position d'autorité.
6. Embête souvent les autres délibérément.
7. Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite.

Esprit vindicatif

8. S'est montré méchant ou vindicatif au moins deux fois durant les 6 derniers mois.

N.B. : La persistance et la fréquence de ces comportements doivent être utilisées pour distinguer un comportement qui est dans les limites de la normale d'un comportement symptomatique. Pour les enfants âgés de moins de 5 ans, le comportement doit survenir la plupart des jours durant une période minimale de 6 mois, sauf indication contraire (critère A8). Pour les sujets âgés de 5 ans et plus, le comportement doit survenir au

moins une fois par semaine durant une période minimale de 6 mois, sauf indication contraire (critère A8). Tandis que ces critères de fréquence fournissent des conseils sur un niveau minimal de fréquence pour définir des symptômes, d'autres facteurs doivent être considérés, comme le fait de savoir si la fréquence et l'intensité des comportements dépassent ce que l'on observe habituellement chez des sujets d'âge, de genre et de culture comparables.

- B. La perturbation du comportement est associée à une détresse de l'individu ou d'autrui dans son entourage social proche (p. ex. famille, groupe de pairs, collègues de travail) ou a entraîné une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique, d'un trouble de l'usage d'une substance, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire. De plus, le trouble ne répond pas aux critères du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Les symptômes sont confinés à seulement un cadre (p. ex. à la maison, à l'école, au travail, avec les pairs).

Moyen : Certains symptômes sont présents dans au moins deux cadres.

Grave : Certains symptômes sont présents dans trois cadres ou plus.

Spécifications

Il n'est pas inhabituel pour les sujets ayant un trouble oppositionnel avec provocation d'avoir des symptômes seulement à domicile et seulement avec les membres de la famille. Toutefois, la prévalence des symptômes dans plusieurs cadres est un indicateur de la sévérité du trouble ([Frick et Nigg 2012](#)).

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble oppositionnel avec provocation est un ensemble fréquent et persistant d'une humeur colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif (critère A). Il n'est pas inhabituel que les sujets ayant un trouble oppositionnel avec provocation présentent les caractéristiques comportementales du trouble sans avoir des problèmes d'humeur négative. Toutefois, les individus ayant le trouble qui présentent les symptômes d'une humeur colérique/irritable présentent aussi typiquement les caractéristiques comportementales. Les symptômes du trouble oppositionnel avec provocation peuvent être confinés à un seul contexte, le plus fréquemment le domicile. Les sujets qui présentent suffisamment de symptômes pour atteindre le seuil diagnostique, même si c'est seulement à domicile, peuvent avoir une altération significative de leur fonctionnement social ([Frick et Nigg 2012](#)). Toutefois, pour les cas les plus graves, les symptômes du trouble sont présents dans plusieurs contextes. Étant donné que la prégnance des symptômes est un indicateur de la sévérité du trouble, il est capital d'évaluer le comportement du sujet dans plusieurs contextes et cadres relationnels. Comme ces comportements sont communs dans une fratrie, ils doivent être observés lors d'interactions avec des personnes autres que la fratrie. De même, comme c'est typiquement dans les interactions avec les adultes ou avec les pairs que le sujet connaît bien que les symptômes sont manifestes, on peut ne pas les remarquer au cours d'un examen clinique.

Les symptômes du trouble oppositionnel avec provocation peuvent survenir à un certain degré chez des sujets sans le trouble. Plusieurs considérations clés permettent de déterminer si ces comportements sont symptomatiques du trouble oppositionnel

avec provocation. Premièrement, le seuil diagnostique de quatre symptômes ou plus durant les 6 derniers mois doit être vérifié. Deuxièmement, la persistance et la fréquence des symptômes doivent excéder ce qui est normal pour l'âge, le genre et la culture du sujet. Par exemple, il n'est pas inhabituel que des enfants d'âge préscolaire présentent des crises de colère de façon hebdomadaire (Egger et Angold 2006). On ne considère les crises de colère chez un enfant préscolaire comme un symptôme du trouble oppositionnel avec provocation que si elles sont survenues la plupart des jours durant les 6 derniers mois, si elles sont survenues avec au moins trois autres symptômes du trouble, et si elles ont contribué à une gêne significative associée au trouble (p. ex. destruction de biens pendant les crises entraînant l'exclusion de l'enfant d'une structure préscolaire).

Les symptômes du trouble font souvent partie d'un ensemble d'interactions problématiques avec les autres. En outre, les sujets ayant le trouble ne se reconnaissent habituellement pas eux-mêmes comme en colère, hostiles ou provocateurs. Au lieu de cela, ils justifient souvent leurs conduites comme une réponse à des demandes ou des circonstances déraisonnables. Ainsi, il peut être difficile de déterminer dans quelle mesure le sujet ayant le trouble contribue lui-même aux interactions problématiques qu'il éprouve. Par exemple, les enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation peuvent avoir éprouvé des antécédents d'hostilité parentale, et il est souvent impossible de déterminer si le comportement de l'enfant a poussé les parents à agir de façon plus hostile envers lui, si l'hostilité des parents a mené au comportement problématique de l'enfant, ou bien s'il y avait une certaine combinaison des deux. Que le clinicien puisse ou non séparer les contributions relatives des facteurs causaux potentiels ne doit pas influencer la décision diagnostique. Dans les cas où l'enfant vit dans des conditions particulièrement défavorisées où négligence ou maltraitance peuvent survenir (p. ex. milieux institutionnels), une attention clinique destinée à réduire la contribution de l'environnement peut être utile.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Chez les enfants et les adolescents, le trouble oppositionnel avec provocation est plus fréquent dans les familles où la continuité de l'éducation a été interrompue à cause de la succession de personnes différentes, ou dans lesquelles les pratiques éducatives ont été dures, incohérentes ou négligentes. Les deux affections le plus souvent concomitantes avec le trouble oppositionnel avec provocation sont le déficit de l'attention/hyperactivité et le trouble des conduites (cf. « Comorbidité » pour ce trouble). Le trouble oppositionnel avec provocation a été associé à un risque accru de tentatives de suicide, même après la prise en compte des troubles comorbides (Nock et al. 2010).

Prévalence

La prévalence du trouble oppositionnel avec provocation varie de 1 à 11 %, avec une moyenne estimée à 3,3 % (Canino et al. 2010). Le taux de prévalence du trouble oppositionnel avec provocation peut varier en fonction de l'âge et du genre de l'enfant. Le trouble semble être légèrement plus fréquent chez les garçons que chez les filles (1,4/1) avant l'adolescence. Cette prédominance masculine n'est pas constamment trouvée dans les échantillons d'adolescents (Boylan et al. 2007) ou d'adultes (Nock et al. 2007).

Développement et évolution

Les premiers symptômes du trouble oppositionnel avec provocation apparaissent généralement à l'âge préscolaire et rarement après le début de l'adolescence (Rowe

et al. 2010). Le trouble oppositionnel avec provocation précède souvent le développement d'un trouble des conduites, particulièrement pour les sujets ayant un trouble des conduites à début dans l'enfance (Burke et al. 2010). Toutefois, de nombreux enfants et adolescents ayant un trouble oppositionnel avec provocation ne présentent pas secondairement de trouble des conduites. Le trouble oppositionnel avec provocation confère également un risque de développement de troubles anxieux et d'un trouble dépressif caractérisé, même en l'absence d'un trouble des conduites. Les symptômes d'opposition, de provocation et vindictifs composent la majeure partie du risque pour un trouble des conduites, alors que les symptômes d'humeur colérique/irritable composent la majeure partie du risque pour des troubles émotionnels (Stringaris et Goodman 2009).

Les manifestations du trouble paraissent constantes au cours du développement. Les enfants et les adolescents ayant un trouble oppositionnel avec provocation présentent un risque plus élevé pour un certain nombre de problèmes d'adaptation à l'âge adulte, dont le comportement antisocial, des problèmes du contrôle des impulsions, l'abus de substances, l'anxiété et la dépression (Kim-Cohen et al. 2003 ; Nock et al. 2007 ; Rowe et al. 2010).

Un grand nombre des comportements associés au trouble oppositionnel avec provocation augmentent en fréquence durant la période préscolaire et à l'adolescence. Ainsi, il est particulièrement important durant ces périodes du développement d'évaluer la fréquence et l'intensité de ces comportements par rapport à des niveaux normaux avant de décider s'il s'agit de symptômes d'un trouble oppositionnel avec provocation.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les facteurs tempéramentaux liés à des problèmes de régulation émotionnelle (p. ex. niveaux élevés de réactivité émotionnelle, faible tolérance à la frustration) sont prédictifs du trouble.

Environnementaux. Les pratiques éducatives dures, contradictoires ou négligentes sont fréquentes dans les familles des enfants et adolescents présentant un trouble oppositionnel avec provocation, et ces pratiques parentales jouent un rôle important dans plusieurs théories étiologiques du trouble.

Génétiques et physiologiques. Plusieurs marqueurs neurobiologiques (p. ex. plus faible réactivité de la fréquence cardiaque et de la conductance cutanée, réactivité basale réduite du cortisol, anomalies dans le cortex préfrontal et l'amygdale) ont été associés avec le trouble oppositionnel avec provocation. Toutefois, la grande majorité des études n'a pas séparé les enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation de ceux ayant un trouble des conduites (van Goozen et al. 2007). Ainsi, il n'est pas établi qu'il existe des marqueurs spécifiques du trouble oppositionnel avec provocation.

Questions diagnostiques liées à la culture

La prévalence du trouble chez les enfants et les adolescents est relativement constante dans des pays de compositions ethniques différentes (Canino et al. 2010).

Retentissement fonctionnel du trouble oppositionnel avec provocation

Quand le trouble oppositionnel avec provocation persiste au cours du développement, les sujets présentant le trouble ont des conflits fréquents avec les parents, les enseignants, les superviseurs, les pairs et les partenaires amoureux. De tels problèmes aboutissent souvent à des altérations significatives des capacités d'adaptation émotionnelle, sociale, scolaire et professionnelle du sujet.

Diagnostic différentiel

Trouble des conduites. Le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation sont tous les deux associés à des problèmes de conduites qui entraînent le sujet dans des conflits avec les adultes et les autres figures d'autorité (p. ex. enseignants, superviseurs au travail). Les comportements perturbateurs des sujets présentant un trouble oppositionnel avec provocation sont typiquement moins graves que ceux des sujets ayant un trouble des conduites, et ils n'incluent généralement pas d'agressions physiques envers des personnes ou des animaux, de destruction de biens matériels ou de recours habituel au vol ou à l'escroquerie. En outre, le trouble oppositionnel avec provocation comporte des problèmes de dysrégulation émotionnelle (c.-à-d. humeur colérique et irritable) qui ne sont pas inclus dans la définition du trouble des conduites.

Déficit de l'attention/hyperactivité. Le déficit de l'attention/hyperactivité est souvent comorbide avec le trouble oppositionnel avec provocation. Pour porter un diagnostic supplémentaire de trouble oppositionnel avec provocation, il est important de déterminer que l'échec de l'individu à se conformer aux demandes d'autrui ne concerne pas seulement des situations qui exigent un effort soutenu et de l'attention ou qui exigent que le sujet reste tranquillement assis.

Troubles dépressifs et bipolaires. Les troubles dépressifs et bipolaires impliquent souvent des affects négatifs et une irritabilité. En conséquence, un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation ne doit pas être porté si les symptômes surviennent exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble thymique.

Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. Le trouble oppositionnel avec provocation partage avec le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle les symptômes d'humeur négative chronique et de crises de colère. Cependant, la sévérité, la fréquence et la chronicité des crises de colère sont plus importantes chez les sujets ayant un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle que chez ceux ayant un trouble oppositionnel avec provocation. Ainsi, seulement une minorité des enfants et des adolescents ayant des symptômes de trouble oppositionnel avec provocation seraient susceptibles d'avoir également un diagnostic de trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. Quand la perturbation émotionnelle est suffisamment grave pour remplir les critères du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation n'est pas porté, même si tous les critères du trouble oppositionnel avec provocation sont remplis.

Trouble explosif intermittent. Le trouble explosif intermittent implique aussi des niveaux élevés de colère. Toutefois, les sujets ayant ce trouble montrent une agressivité importante envers les autres, ce qui ne fait pas partie de la définition du trouble oppositionnel avec provocation.

Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel). Chez les sujets ayant un handicap intellectuel, on ne fait le diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation que si les comportements d'opposition sont nettement plus fréquents que ce qui est habituel chez des sujets de même âge, de même genre avec un degré de handicap intellectuel similaire.

Trouble du langage. Le trouble oppositionnel avec provocation ne doit pas être confondu avec l'incapacité à suivre les consignes qui peut résulter d'un défaut de compréhension du langage (p. ex. déficit auditif).

Anxiété sociale (phobie sociale). Le trouble oppositionnel avec provocation doit être distingué de la provocation due à la peur d'une évaluation négative associée à l'anxiété sociale.

Comorbidité

Les taux de prévalence du trouble oppositionnel avec provocation sont plus élevés dans les échantillons d'enfants, d'adolescents et d'adultes ayant un déficit de l'attention/hyperactivité, et cela peut être le résultat de facteurs de risque tempéramentaux partagés. De plus, le trouble oppositionnel avec provocation précède souvent le trouble des conduites, bien que cela semble être le plus commun pour les enfants présentant le sous-type à début dans l'enfance (Burke et al. 2010). Les sujets ayant un trouble oppositionnel avec provocation ont également un risque accru de présenter des troubles anxieux et un trouble dépressif caractérisé, et cela est largement imputable à la présence des symptômes d'humeur colérique/irritable (Rowe et al. 2010). Les adolescents et les adultes ayant un trouble oppositionnel avec provocation montrent aussi un niveau élevé de troubles de l'usage d'une substance, bien qu'il ne soit pas établi que cette association est indépendante de la comorbidité avec le trouble des conduites (Rowe et al. 2010).

Trouble explosif intermittent

Critères diagnostiques

312.34 (F63.81)

- A. Épisodes comportementaux explosifs récurrents témoignant d'une incapacité à résister à des impulsions agressives, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - 1. Agressivité verbale (p. ex. crises de colère, diatribes, disputes ou altercations verbales) ou agressivité physique envers des biens matériels, des animaux ou d'autres personnes, survenant deux fois par semaine, en moyenne, durant une période de 3 mois. L'agressivité physique n'a pas pour conséquence d'endommager ou de détruire des biens matériels ni de blesser physiquement des animaux ou d'autres personnes.
 - 2. Trois accès comportementaux explosifs, survenant durant une période de 12 mois, durant lesquels des biens matériels sont endommagés ou détruits et/ou des animaux ou d'autres personnes sont blessés dans une agression physique.
- B. Le degré d'agressivité exprimé durant les accès explosifs est sans commune mesure avec la provocation ou un quelconque facteur de stress psychosocial déclenchant.
- C. Les accès agressifs récurrents ne sont pas prémédités (c.-à-d. qu'ils sont impulsifs et/ou dus à une colère) et ils ne sont pas réalisés dans un but tangible (p. ex. argent, pouvoir, intimidation).
- D. Les accès agressifs récurrents entraînent soit une détresse significative chez la personne, soit une altération du fonctionnement professionnel ou interpersonnel, ou sont associés à des conséquences financières ou judiciaires.
- E. L'âge chronologique est d'au moins 6 ans (ou un niveau développemental équivalent).
- F. Les accès agressifs récurrents ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, un trouble bipolaire, un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, un trouble psychotique, une personnalité antisociale, une personnalité borderline) et ne sont pas imputables à une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien, une maladie d'Alzheimer) ou aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament). Pour les enfants âgés de 6 à 18 ans, le comportement agressif survenant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation ne doit pas être pris en compte pour ce diagnostic.

N.B. : Ce diagnostic peut être posé en plus des diagnostics de déficit de l'attention/hyperactivité, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation ou trouble du spectre de l'autisme quand les accès agressifs récurrents sont en surplus de ceux habituellement vus dans ces troubles et justifient une prise en charge clinique particulière.

Caractéristiques diagnostiques

Les accès agressifs impulsifs (ou de colère) dans le trouble explosif intermittent surviennent rapidement et, spécifiquement, après peu ou pas de période prodromique. Les accès durent typiquement moins de 30 minutes et surviennent en réponse à une provocation mineure par une personne proche ou intime. Les sujets ayant un trouble explosif intermittent ont souvent des accès moins graves d'agressivité verbale et/ou d'agressivité physique sans conséquences dommageables, ni destructions, ni blessures (critère A1) entre des accès agressifs/destructeurs plus graves (critère A2). Le critère A1 définit des accès agressifs fréquents (c.-à-d. survenant deux fois par semaine, en moyenne, durant une période de 3 mois) caractérisés par des crises de colère, des diatribes, des disputes ou des altercations verbales, ou une agressivité n'ayant pas pour conséquence d'endommager ou de détruire des biens matériels ni de blesser physiquement des animaux ou d'autres personnes. Le critère A2 définit des accès agressifs impulsifs non fréquents (c.-à-d. trois accès survenant durant une période d'un an) caractérisés par la détérioration ou la destruction d'un objet, indépendamment de sa valeur tangible, ou par l'agressivité/l'action de frapper ou de faire mal d'une autre façon à des animaux ou à d'autres personnes. Indépendamment de la nature de l'épisode agressif impulsif, la caractéristique centrale du trouble explosif intermittent est l'échec du contrôle des comportements agressifs impulsifs en réponse à une provocation subjective (c.-à-d. un stress psychosocial) qui n'aboutirait pas typiquement à un épisode explosif agressif (critère B). Les accès agressifs sont généralement impulsifs et/ou de colère, plutôt que prémédités ou instrumentalisés (critère C) et ils sont associés à une détresse significative ou à une altération du fonctionnement psychosocial (critère D). Le diagnostic de trouble explosif intermittent ne doit pas être porté chez des personnes de moins de 6 ans ou avec un niveau de développement équivalent (critère E), ou chez des personnes dont les accès agressifs sont mieux expliqués par un autre trouble mental (critère F). Un diagnostic de trouble explosif intermittent ne doit pas être porté chez des personnes ayant un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle ou chez des personnes dont les accès agressifs impulsifs sont imputés à une autre affection médicale ou aux effets physiologiques directs d'une substance (critère F). De plus, les enfants âgés de 6 à 18 ans ne doivent pas recevoir ce diagnostic quand les accès agressifs impulsifs surviennent dans le cadre d'un trouble de l'adaptation (critère F).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les troubles (unipolaires) de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de l'usage d'une substance sont associés au trouble explosif intermittent, bien que le début de ces troubles soit typiquement postérieur à celui du trouble explosif intermittent (Coccaro 2012).

Prévalence

Le taux de prévalence sur un an du trouble explosif intermittent aux États-Unis est de 2,7 % (définition stricte) (Kessler et al. 2006). Le trouble explosif intermittent est plus fréquent parmi les personnes les plus jeunes (p. ex. âgées de moins de 35-40 ans) que chez les individus plus âgés (plus de 50 ans) et il est aussi plus courant chez les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou inférieur (Kessler et Üstün 2008).

Développement et évolution

Le début du comportement agressif impulsif, récurrent, problématique se situe le plus souvent à la fin de l'enfance ou de l'adolescence et rarement pour la première fois après 40 ans (Coccaro 2012). Les caractéristiques centrales du trouble explosif intermittent sont typiquement chroniques et elles persistent de nombreuses années.

L'évolution du trouble peut être épisodique, avec des récurrences d'accès agressifs impulsifs. Le trouble explosif intermittent semble suivre une évolution chronique et persistante sur de nombreuses années (Kessler et Üstün 2008). Il semble aussi être tout à fait commun indépendamment de la présence (Coccaro 2012) ou de l'absence (McLaughlin et al. 2012) d'un déficit de l'attention/hyperactivité ou de troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites (p. ex. trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation).

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Les sujets ayant des antécédents de traumatismes physiques et émotionnels durant les deux premières décennies de leur vie ont un risque plus élevé de présenter un trouble explosif intermittent (Coccaro 2012).

Génétiques et physiologiques. Les parents du premier degré des sujets ayant un trouble explosif intermittent présentent un risque supérieur de trouble explosif intermittent (Coccaro 2012) et les études de jumeaux ont démontré une influence génétique substantielle pour l'agressivité impulsive (Bergeman et Seroczynski 1998).

Il existe des preuves neurobiologiques de la présence d'anomalies sérotoninergiques et cérébrales (Coccaro et al. 2010), spécifiquement dans les aires du système limbique (cingulaire antérieur) (New et al. 2002) et du cortex orbitofrontal (Siever et al. 1999) chez les personnes ayant un trouble explosif intermittent. Les réponses de l'amygdale à des stimuli de colère, durant l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique, sont plus importantes chez des sujets ayant un trouble explosif intermittent que chez des sujets sains (Coccaro et al. 2007).

Questions diagnostiques liées à la culture

La prévalence plus faible du trouble explosif intermittent dans certaines régions (Asie, Moyen-Orient) ou pays (Roumanie, Nigeria) par rapport aux États-Unis suggère que l'information sur les comportements agressifs impulsifs, récurrents, problématiques est soit non recherchée lors de l'entretien, soit moins disponible à cause de facteurs culturels.

Questions diagnostiques liées au genre

Dans certaines études, le trouble explosif intermittent est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (rapport des cotes [*odds ratio*] = 1,4-2,3) ; d'autres études n'ont pas trouvé de différence liée au genre (Coccaro 2012).

Retentissement fonctionnel du trouble explosif intermittent

Le trouble explosif intermittent entraîne souvent des problèmes sociaux (p. ex. perte d'amis, de proches, instabilité maritale), professionnels (p. ex. rétrogradation, perte d'emploi), financiers (p. ex. en raison de la valeur des objets détruits) et judiciaires (p. ex. réparations pour les dommages causés par les comportements agressifs contre des personnes ou des biens, sanctions pénales pour des coups et blessures).

Diagnostic différentiel

Un diagnostic de trouble explosif intermittent ne peut être porté quand les critères A1 et/ou A2 ne sont remplis que pendant un épisode d'un autre trouble mental (p. ex. trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire, trouble psychotique) ou quand les accès agressifs impulsifs sont imputables à une autre affection médicale ou aux effets physiologiques d'une substance ou d'un médicament. De plus, ce diagnostic ne doit pas être porté, particulièrement chez les enfants et adolescents âgés de 6-18 ans, quand

les accès agressifs impulsifs surviennent dans le contexte d'un trouble de l'adaptation. D'autres exemples dans lesquels des comportements agressifs impulsifs, récurrents, problématiques peuvent, ou non, être diagnostiqués comme un trouble explosif intermittent incluent les troubles suivants.

Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. À la différence du trouble explosif intermittent, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle est caractérisé par une humeur négative persistante (p. ex. colère, irritabilité) la plupart du temps au cours de la journée, presque tous les jours, entre les accès agressifs impulsifs. Un diagnostic de trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle ne peut être porté que lorsque les accès agressifs impulsifs, récurrents, problématiques débutent avant 10 ans. Enfin, le diagnostic de trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle ne doit pas être porté pour la première fois après 18 ans. Par ailleurs, ces diagnostics sont mutuellement exclusifs.

Personnalité antisociale ou personnalité borderline. Les individus ayant une personnalité antisociale ou borderline présentent souvent des accès agressifs impulsifs, récurrents, problématiques. Toutefois, le niveau de l'agressivité impulsive chez les sujets ayant une personnalité antisociale ou borderline est plus faible que chez les sujets ayant un trouble explosif intermittent.

État confusionnel, trouble neurocognitif majeur et modification de la personnalité due à une autre affection médicale, de type agressif. Un diagnostic de trouble explosif intermittent ne doit pas être porté quand les accès agressifs sont imputables aux effets physiologiques d'une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale associée à une modification de la personnalité caractérisée par des accès agressifs, épilepsie partielle complexe). Il faut noter que des signes neurologiques non spécifiques (p. ex. des « signes mineurs ») et des modifications non spécifiques de l'EEG sont compatibles avec un diagnostic de trouble explosif intermittent et qu'ils ne s'opposent au diagnostic que s'ils orientent vers une affection médicale qui peut être identifiée.

Intoxication par une substance ou sevrage d'une substance. Un diagnostic de trouble explosif intermittent ne doit pas être porté quand les accès agressifs impulsifs surviennent presque toujours dans le cadre d'intoxication ou de sevrage d'une substance (p. ex. de l'alcool, de la phencyclidine, de la cocaïne et d'autres stimulants, des barbituriques et des substances inhalées). Cependant, lorsqu'un nombre suffisant d'accès agressifs impulsifs survient aussi en l'absence d'intoxication ou de sevrage d'une substance, et que ceux-ci requièrent en eux-mêmes une prise en charge clinique, un diagnostic de trouble explosif intermittent peut être porté.

Déficit de l'attention/hyperactivité, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation ou trouble du spectre de l'autisme. Les sujets ayant l'un de ces troubles à début dans l'enfance peuvent présenter des accès agressifs impulsifs. Les personnes ayant un déficit de l'attention/hyperactivité sont typiquement impulsives et, en conséquence, peuvent présenter des accès agressifs impulsifs. Les individus ayant un trouble des conduites peuvent présenter des accès agressifs impulsifs mais les critères diagnostiques définissent cette forme d'agressivité comme proactive et prédatrice. L'agressivité dans le trouble oppositionnel avec provocation est typiquement caractérisée par des crises de colère et une agressivité verbale envers les figures d'autorité, alors que les accès agressifs impulsifs dans le trouble explosif intermittent surviennent en réponse à un éventail plus large de provocations et incluent l'agressivité physique. Le niveau d'agressivité impulsive chez les sujets ayant des antécédents d'un ou de plusieurs de ces troubles a été trouvé inférieur à celui des personnes dont les symptômes répondent aussi aux critères (A à E) du trouble explosif intermittent

(Coccaro 2012). En conséquence, si les critères A à E sont aussi remplis, et si les accès agressifs impulsifs requièrent en eux-mêmes une prise en charge clinique, un diagnostic de trouble explosif intermittent peut être porté.

Comorbidité

Les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de l'usage d'une substance sont ceux qui sont le plus fréquemment comorbides avec le trouble explosif intermittent (Coccaro 2012). De plus, les sujets ayant un trouble de personnalité antisociale ou borderline et les sujets ayant des antécédents de comportements disruptifs (déficit de l'attention/hyperactivité, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation) ont un risque plus élevé de présenter un trouble explosif intermittent comorbide (Coccaro 2012).

Trouble des conduites

Critères diagnostiques

- A. Ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence d'au moins trois des 15 critères suivants au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agression envers des personnes ou des animaux

1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes.
2. Commence souvent les bagarres.
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu).
4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes.
5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux.
6. A commis un vol en affrontant la victime (p. ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée).
7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles.

Destruction de biens matériels

8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants.
9. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu).

Fraude ou vol

10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui.
11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex. « arnaque » les autres).
12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex. vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon).

Violations graves de règles établies

13. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.
14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial, ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période.
15. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

- B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

- C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale.

Spécifier le type :

312.81 (F91.1) Type à début pendant l'enfance : Présence d'au moins un symptôme caractéristique du trouble des conduites avant l'âge de 10 ans.

312.82 (F91.2) Type à début pendant l'adolescence : Absence de tout symptôme caractéristique du trouble des conduites avant l'âge de 10 ans.

312.89 (F91.9) Début non spécifié : Les critères pour le diagnostic de trouble des conduites sont remplis mais les informations sont insuffisantes pour déterminer si le premier symptôme est apparu avant ou après l'âge de 10 ans.

Spécifier si :

Avec des émotions prosociales limitées : Pour recevoir cette spécification, une personne doit avoir présenté au moins deux des critères suivants de façon continue au cours au moins des 12 derniers mois et dans des situations relationnelles et des contextes divers. Ces critères reflètent le mode de fonctionnement interpersonnel et émotionnel typique du sujet durant cette période et pas seulement des occurrences occasionnelles dans certaines situations. Ainsi, pour évaluer ce critère de spécification, diverses sources d'information sont requises. En plus de la narration individuelle, il est nécessaire de tenir compte des récits de ceux qui ont connu la personne durant de longues périodes de temps (p. ex. parents, enseignants, collègues, entourage familial, pairs).

Absence de remords ou de culpabilité : Ne se sent ni mauvais ni coupable en faisant quelque chose de mal (exclure les remords exprimés seulement quand le sujet est arrêté et/ou confronté à une punition). L'individu montre un manque général de préoccupation par les conséquences négatives de ses actes. Par exemple, il n'a pas de remords après avoir blessé quelqu'un ou il ne se soucie pas des conséquences des transgressions des règles.

Dureté (insensibilité) – manque d'empathie : Ne tient pas compte ou ne se sent pas concerné par les sentiments d'autrui. Le sujet est décrit comme froid ou insouciant. Il paraît plus concerné par les effets de ses actions sur lui-même que sur les autres, même s'ils entraînent un dommage important à autrui.

Insouciance de la performance : Ne se sent pas concerné par ses performances faibles/problématiques à l'école, au travail ou dans d'autres activités importantes. La personne ne met pas en œuvre l'effort nécessaire pour une bonne performance, même quand les attentes sont claires, et rend typiquement les autres responsables de ses mauvais résultats.

Superficialité ou déficience des affects : N'exprime pas de sentiments ou ne montre pas d'émotions à autrui, sauf de façon superficielle et peu sincère (p. ex. actions contradictoires avec l'émotion montrée, capacité d'activer ou désactiver les émotions rapidement) ou quand les émotions sont utilisées pour un intérêt (p. ex. émotions montrées pour manipuler ou intimider les autres).

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui (p. ex. mensonge, absentéisme, reste dehors tard la nuit sans permission, non-respect d'autres règles).

Moyen : Le nombre de problèmes de conduites ainsi que leurs effets sur autrui sont intermédiaires entre « léger » et « grave » (p. ex. voler sans affronter la victime, vandalisme).

Grave : Il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien, les problèmes de conduites occasionnent un dommage considérable à autrui (p. ex. contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles, cruauté physique, usage d'une arme, voler en affrontant la victime, pénétrer par effraction).

Sous-types

On a proposé trois sous-types pour le trouble des conduites, en fonction de l'âge de début du trouble. Le début est estimé plus précisément à partir des informations provenant du jeune ou de la personne qui s'occupe de lui ; la date de début estimée est souvent postérieure de 2 ans au début réel (Moffitt et Caspi 2001). Chaque sous-type peut se présenter sous une forme légère, moyenne ou grave. Un sous-type à début non spécifié est utilisé si l'information est insuffisante pour déterminer l'âge de début.

Les sujets ayant le type à début pendant l'enfance sont généralement des garçons. Ils sont souvent agressifs physiquement et ont de mauvaises relations avec leurs pairs. Ils peuvent avoir présenté pendant leur petite enfance un trouble oppositionnel avec provocation et ont habituellement tous les symptômes du trouble des conduites avant la puberté. De nombreux enfants ayant ce sous-type ont aussi un déficit de l'attention/hyperactivité concomitant ou d'autres difficultés neurodéveloppementales. Les individus ayant le type à début pendant l'enfance sont plus susceptibles de présenter un trouble des conduites persistant à l'âge adulte que ceux ayant un type à début pendant l'adolescence. Comparés à ceux présentant le type à début pendant l'enfance, les sujets ayant le type à début pendant l'adolescence sont moins susceptibles d'avoir des comportements agressifs et ont en général de meilleures relations avec leurs pairs (quoiqu'ayant souvent des problèmes de conduite quand ils se trouvent en groupe). Ils ont également moins de risques d'avoir un trouble des conduites persistant à l'âge adulte. Le ratio garçons/filles pour le trouble des conduites est plus équilibré dans le type à début pendant l'adolescence que dans le type à début pendant l'enfance.

Spécifications

Une minorité de sujets ayant un trouble des conduites remplissent les critères de spécification « avec des émotions prosociales limitées » (Kahn et al. 2012 ; Rowe et al. 2010). Les critères de cette spécification sont ceux souvent étiquetés en recherche comme les traits durs et non émotionnels. D'autres caractéristiques de personnalité, comme la recherche de frissons, l'absence de peur et l'insensibilité à la punition peuvent aussi distinguer les individus ayant les caractéristiques décrites dans cette spécification (Frick et Viding 2009). Ces derniers sont plus susceptibles que d'autres sujets ayant un trouble des conduites de s'engager dans une agression planifiée pour en tirer un bénéfice (Frick et White 2008). Les personnes ayant un trouble des conduites, quels qu'en soient le type ou le niveau de sévérité, peuvent présenter des symptômes qualifiant pour la spécification « avec des émotions prosociales limitées », bien que cette dernière soit plus probable avec le type à début pendant l'enfance et un niveau grave de sévérité (Frick et Viding 2009 ; Frick et White 2008).

Bien que la validité des auto-évaluations pour apprécier la présence de cette spécification ait été soutenue dans certaines recherches, les individus ayant un trouble des conduites avec cette spécification peuvent être réticents à avouer ces traits dans un entretien clinique. Ainsi, diverses sources d'information sont requises pour évaluer les critères de cette spécification. De plus, puisque ces critères reflètent le mode de fonctionnement interpersonnel et émotionnel typique du sujet, il est nécessaire de tenir compte des récits de ceux qui ont connu la personne durant de longues périodes de temps et dans des contextes et situations relationnelles diverses (p. ex. parents, enseignants, collègues, entourage familial, pairs).

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble des conduites est un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui

ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet (critère A). On peut classer ces conduites en quatre catégories principales : conduites agressives où des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (critères A1-A7), conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (critères A8-A9), fraudes ou vols (critères A10-A12), et violations graves de règles établies (critères A13-A15). Trois comportements caractéristiques (ou plus) doivent avoir été présents au cours des 12 derniers mois, et au moins un au cours des 6 derniers mois. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (critère B). Les comportements caractéristiques se produisent habituellement dans des contextes variés, comme à la maison, à l'école ou à l'extérieur. Les sujets atteints de trouble des conduites ayant tendance à minimiser leurs problèmes de comportement, le clinicien doit souvent s'informer également auprès de leurs proches. Cependant, ces derniers peuvent n'avoir qu'une connaissance limitée des problèmes, du fait d'un manque de surveillance ou parce que l'enfant ne leur dit pas ce qu'il fait.

Les sujets ayant un trouble des conduites déclenchent souvent les hostilités ou réagissent agressivement envers les autres. Ils peuvent se montrer brutaux, menaçants ou avoir des comportements d'intimidation (dont la brutalité par messagerie sur les réseaux sociaux par internet) (critère A1), commencer souvent des bagarres (critère A2), utiliser une arme susceptible de blesser sérieusement autrui (p. ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu) (critère A3), faire preuve de cruauté physique envers des personnes (critère A4) ou des animaux (critère A5), commettre un vol en affrontant la victime (p. ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée) (critère A6) ou contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles (critère A7). La violence physique peut aller jusqu'au viol, aux coups et blessures et, dans de rares cas, jusqu'à l'homicide. Un autre trait caractéristique du trouble est la destruction délibérée de biens appartenant à autrui ; il peut s'agir d'un incendie volontaire avec intention de provoquer des dégâts importants (critère A8) ou de la destruction délibérée du bien d'autrui par d'autres moyens (p. ex. briser les vitres d'une voiture, commettre des actes de vandalisme à l'école) (critère A9). Les actes frauduleux ou les vols possibles comprennent par exemple le fait de pénétrer par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui (critère A10), le fait de mentir ou de trahir des promesses afin d'obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des dettes ou à des obligations (p. ex. « arnaquer » les autres) (critère A11), de voler des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex. vol à l'étalage, contrefaçon, fraude) (critère A12).

On peut aussi observer des violations graves de règles établies (p. ex. règles scolaires, parentales ou professionnelles). Les enfants peuvent rester dehors tard la nuit en dépit des interdictions de leurs parents, avant l'âge de 13 ans (critère A13). Ils peuvent régulièrement fuguer et passer la nuit dehors (critère A14). Pour constituer un symptôme du trouble des conduites, la fugue doit s'être produite au moins à deux reprises (ou une seule fois sans revenir à la maison pendant une longue période). En revanche, les fugues qui sont la conséquence directe d'abus sexuels ou de sévices corporels n'entrent pas en ligne de compte pour ce critère. Les enfants font souvent l'école buissonnière, avant l'âge de 13 ans (critère A15).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les personnes agressives présentant un trouble des conduites interprètent souvent à tort les intentions d'autrui comme hostiles et menaçantes, en particulier dans les situations ambiguës, et elles réagissent avec une agressivité qu'elles considèrent comme justifiée (Dodge et Pettit 2003). Les traits de personnalité de type émotionnalité négative

et faible contrôle de soi, dont la faible tolérance à la frustration, l'irritabilité, les crises de colère, la méfiance, l'insensibilité à la punition, la recherche de frissons et l'imprudence sont fréquemment associés au trouble des conduites (Frick et Viding 2009). Le trouble des conduites est souvent associé à un mésusage de substances, particulièrement chez les adolescentes (Moffitt et al. 2008). Les idées de suicide, les tentatives de suicide et décès par suicide sont plus fréquents chez les personnes présentant un trouble des conduites que chez les autres (Bridge et al. 2006).

Prévalence

Les études en population générale rapportent des taux allant de 2 à plus de 10 %, avec une médiane à 4 % (Costello et al. 2005). La prévalence du trouble des conduites semble relativement constante entre des pays de compositions ethniques différentes (Canino et al. 2010). Les taux de prévalence augmentent de l'enfance à l'adolescence et sont plus élevés chez les garçons que chez les filles (Maughan et al. 2004 ; Nock et al. 2006). Peu d'enfants ayant un trouble des conduites avec un impact fonctionnel reçoivent un traitement (Costello et al. 2005).

Développement et évolution

Le début du trouble des conduites peut survenir dès les années de maternelle (Keenan et al. 2011 ; Moffitt et al. 2008) mais les premiers symptômes significatifs apparaissent habituellement pendant la période qui va du milieu de l'enfance au milieu de l'adolescence. Le trouble oppositionnel avec provocation précède souvent l'apparition du trouble des conduites à début pendant l'enfance (Pardini et al. 2010). Le trouble des conduites peut être diagnostiqué à l'âge adulte ; cependant, les symptômes émergent habituellement dans l'enfance ou l'adolescence. Le début est rare après l'âge de 16 ans. L'évolution est variable. Pour la majorité des sujets, le trouble disparaît à l'âge adulte. De nombreux sujets atteints de trouble des conduites, surtout quand il s'agit du type à début pendant l'adolescence et quand les symptômes ont été peu graves et peu nombreux, parviennent à une bonne adaptation sociale et professionnelle à l'âge adulte. En revanche, un début précoce est de pronostic défavorable et augmente le risque d'évolution à l'âge adulte vers un comportement criminel, un trouble des conduites et des troubles liés à l'usage d'une substance (Burke et al. 2010). Les sujets atteints de trouble des conduites ont un risque accru de développement ultérieur, à l'âge adulte, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de trouble stress post-traumatique, de troubles du contrôle des impulsions, de troubles psychotiques, de troubles à symptomatologie somatique et de troubles liés à l'usage d'une substance (Kim-Cohen et al. 2003 ; Nock et al. 2006).

Les symptômes du trouble des conduites varient au fur et à mesure que le sujet grandit, que sa force physique s'accroît, que ses capacités cognitives et sa maturité sexuelle se développent. Ce sont les comportements les moins graves (p. ex. mensonges, vol à l'étalage) qui tendent à se produire les premiers, tandis que les problèmes de conduite les plus graves (p. ex. viol, vol en affrontant la victime) apparaissent en dernier (Loeber et al. 2009). Cependant, il y a de grandes différences entre les individus, et certains commettent les actes les plus préjudiciables dès leur jeune âge (ce qui est prédictif d'un plus mauvais pronostic).

Quand les individus ayant un trouble des conduites atteignent l'âge adulte, ils peuvent présenter des symptômes d'agression, de destruction de biens matériels, de malhonnêteté et de violation de règles établies, dont la violence envers des collègues, des partenaires et des enfants, sur le lieu de travail et à la maison tels que l'on peut considérer le diagnostic de personnalité antisociale (Jaffee et al. 2006 ; Roberts et al. 2007).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les facteurs de risque tempéramentaux comportent un tempérament difficile peu contrôlé dans la petite enfance et un niveau d'intelligence inférieur à la moyenne, particulièrement en ce qui concerne le QI verbal.

Environnementaux. Les facteurs de risque familiaux comportent le rejet parental et la carence de soins, des pratiques éducatives inadéquates avec une discipline très dure, des sévices physiques ou sexuels, un manque de surveillance, un placement précoce en institution, des changements fréquents de nourrice ou de mode de garde, l'appartenance à une famille nombreuse, la criminalité parentale et certains types de psychopathologie familiale (p. ex. troubles de l'usage d'une substance). Les facteurs de risque communautaires comportent le rejet par les pairs, la fréquentation de bandes de délinquants et l'exposition à un voisinage violent. Ces deux types de facteurs de risque tendent à être plus fréquents et graves dans les troubles des conduites à début pendant l'enfance (Frick et Viding 2009).

Génétiques et physiologiques. Le trouble des conduites est influencé à la fois par des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux (Moffitt 2005 ; Rhee et Waldman 2002). Le risque de trouble des conduites est accru chez les enfants dont un parent biologique ou un parent adoptif a un trouble des conduites, ou chez ceux dont un membre de la fratrie a lui-même un trouble des conduites. Le trouble semble également plus fréquent chez les enfants dont les apparentés biologiques présentent une dépendance grave à l'alcool, des troubles dépressifs ou bipolaires, une schizophrénie ou des antécédents de déficit de l'attention/hyperactivité ou de trouble des conduites (Moffitt et al. 2008 ; Odgers et al. 2007b). Un rythme cardiaque plus lent au repos a été régulièrement constaté chez des personnes ayant un trouble des conduites par rapport à celles qui n'en ont pas, et ce marqueur n'est spécifique d'aucun autre trouble mental (Ortiz et Raine 2004). La réduction de la réponse autonome au conditionnement à la peur, particulièrement la faible conductance cutanée, est aussi bien documentée (Lorber 2004 ; Moffitt et al. 2008 ; van Goozen et al. 2007). Cependant, ces résultats psychophysiologiques ne représentent en rien un critère diagnostique du trouble. Des différences anatomiques et fonctionnelles dans les aires cérébrales associées à la régulation et au traitement des affects, particulièrement les connexions fronto-temporo-limbiques impliquant le cortex préfrontal ventral et l'amygdale, ont été plus régulièrement identifiées chez les personnes ayant un trouble des conduites que chez celles indemnes de ce trouble (Rubia 2011). Néanmoins, les résultats en neuro-imagerie ne représentent en rien un critère diagnostique du trouble.

Facteurs influençant l'évolution. La persistance est plus probable pour des sujets ayant des comportements qui remplissent les critères du type à début pendant l'enfance et qui répondent à la spécification « avec des émotions prosociales limitées » (McMahon et al. 2010 ; Moffitt et al. 2008 ; Rowe et al. 2010). Le risque de persistance du trouble des conduites augmente aussi avec la concomitance du déficit de l'attention/hyperactivité et de l'abus de substance (Moffitt et al. 2008).

Questions diagnostiques liées à la culture

On a pu s'inquiéter d'un risque de diagnostic abusif de trouble des conduites chez les sujets vivant dans des environnements où certains types de comportements disruptifs peuvent être considérés comme nécessaires à la protection de l'individu (p. ex. environnement dangereux, à taux élevé de criminalité ou zones de guerre). Le clinicien doit donc prendre en considération le contexte social et économique dans lequel les comportements indésirables se produisent.

Questions diagnostiques liées au genre

Chez les garçons ayant un trouble des conduites, on observe habituellement des bagarres, des vols, du vandalisme, des problèmes de discipline à l'école ; chez les filles, il s'agit plutôt de mensonges, d'école buissonnière, de fugues, d'abus de substances et de prostitution (Maughan et al. 2004). Les garçons ont tendance à présenter à la fois des agressions physiques et des conduites sociales agressives (comportements qui nuisent aux relations sociales avec les autres), alors que les filles sont relativement plus enclines aux conduites sociales agressives (Card et al. 2008).

Retentissement fonctionnel du trouble des conduites

Les conduites pathologiques peuvent avoir pour conséquences une exclusion scolaire provisoire ou définitive, des difficultés d'adaptation au travail, des problèmes avec la justice, des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées et des blessures résultant d'accidents ou de bagarres. Ces difficultés peuvent compromettre la scolarité et la vie de famille, dans la famille propre ou en famille d'accueil. Le trouble des conduites est souvent associé à une sexualité précoce, à la prise d'alcool et de tabac, à la consommation de substances illicites, à des actes imprudents et dangereux. La fréquence des accidents semble plus élevée chez les sujets ayant un trouble des conduites que chez les sujets contrôles. Le retentissement fonctionnel du trouble des conduites peut prédire des problèmes de santé quand les individus atteignent le milieu de la vie (Odgers et al. 2007a). Il n'est pas inhabituel pour des personnes ayant un trouble des conduites d'entrer en contact avec le système de justice pénale suite à un comportement illégal. Le trouble des conduites est un motif habituel de consultation. Il est fréquemment diagnostiqué dans des unités de santé mentale pour enfants, particulièrement en médecine légale. Il est associé à un dysfonctionnement plus grave et plus chronique que pour d'autres enfants adressés en consultation pour d'autres motifs.

Diagnostic différentiel

Trouble oppositionnel avec provocation. Le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation sont tous les deux associés à des problèmes des conduites qui entraînent le sujet dans des conflits avec les adultes et les autres figures d'autorité (p. ex. enseignants, superviseurs au travail). Les comportements perturbateurs des sujets présentant un trouble oppositionnel avec provocation sont moins graves que ceux des sujets ayant un trouble des conduites et n'incluent généralement pas d'agressions physiques envers des personnes ou des animaux, de destruction de biens matériels, ou de recours habituel au vol ou à l'escroquerie. En outre, le trouble oppositionnel avec provocation comporte des problèmes de dysrégulation émotionnelle (c.-à-d. humeur colérique et irritable) qui ne sont pas inclus dans la définition du trouble des conduites. Lorsque le mode de comportement du sujet répond à la fois aux critères du trouble des conduites et à ceux du trouble oppositionnel avec provocation, les deux diagnostics doivent être portés.

Déficit de l'attention/hyperactivité. Si les enfants atteints de déficit de l'attention/hyperactivité ont souvent un comportement hyperactif et impulsif qui peut s'avérer perturbateur, ce comportement en lui-même ne viole pas les normes sociales correspondant à l'âge et ne peut donc pas être considéré comme un critère de trouble des conduites. Lorsque les critères du déficit de l'attention/hyperactivité et ceux du trouble des conduites sont présents conjointement, les deux diagnostics doivent être portés.

Troubles dépressifs et bipolaires. Les enfants ou adolescents ayant un trouble dépressif caractérisé, un trouble bipolaire ou un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle sont volontiers irritables, agressifs et ont souvent des problèmes de conduite. Habituellement, les problèmes de comportement caractéristiques de ces troubles de l'humeur permettent de les distinguer des problèmes d'un trouble des conduites. Typiquement, les sujets ayant un trouble des conduites présenteront des niveaux substantiels de conduites agressives ou non agressives durant des périodes sans perturbation de l'humeur, soit consécutivement (c.-à-d. les problèmes de conduite précédant le début de la perturbation de l'humeur), soit simultanément (c.-à-d. survenue de quelques problèmes de conduite intentionnels en dehors des périodes de perturbation émotionnelle). Si les critères des deux troubles sont remplis, on peut faire à la fois le diagnostic de trouble des conduites et celui de trouble de l'humeur.

Trouble explosif intermittent. Trouble des conduites et trouble explosif intermittent sont tous les deux associés à des niveaux élevés d'agression. Cependant, l'agression chez des sujets ayant un trouble explosif intermittent est limitée à des accès agressifs impulsifs, non prémédités, qui ne sont pas réalisés dans un but tangible (p. ex. argent, pouvoir, intimidation). De plus, la définition du trouble explosif intermittent n'inclut pas les symptômes non agressifs du trouble des conduites. Si les critères des deux troubles sont remplis, on doit porter le diagnostic de trouble explosif intermittent seulement quand les accès agressifs impulsifs récurrents requièrent une attention clinique indépendante.

Troubles de l'adaptation. On doit considérer le diagnostic de trouble de l'adaptation (avec perturbation des conduites ou avec perturbation mixte des émotions et des conduites) s'il existe des problèmes de conduite cliniquement significatifs qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble spécifique, qui se développent en relation nette avec la survenue d'un facteur de stress psychosocial, et qui ne se résolvent pas dans les 6 mois après la fin du facteur de stress (ou de ses conséquences). On ne porte le diagnostic de trouble des conduites que si les problèmes de conduite représentent un mode de comportement répétitif et persistant, associé à une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Comorbidité

Le déficit de l'attention/hyperactivité et le trouble oppositionnel avec provocation sont tous les deux fréquemment associés au trouble des conduites, et cette présentation comorbide est prédictive d'un plus mauvais pronostic. Les sujets ayant les caractéristiques de personnalité associées à la personnalité antisociale bafouent souvent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales et, en conséquence, l'ensemble de leurs comportements remplit souvent les critères du trouble des conduites. Le trouble des conduites peut également être associé à un ou plusieurs des troubles mentaux suivants : trouble spécifique des apprentissages, troubles anxieux, troubles dépressifs et bipolaires, et troubles de l'usage d'une substance. Les réalisations scolaires, notamment dans le domaine de la lecture et des autres compétences verbales, sont souvent au-dessous du niveau correspondant à l'âge et au niveau d'intelligence, ce qui peut justifier de porter un diagnostic supplémentaire de trouble spécifique des apprentissages ou de trouble de la communication.

Personnalité antisociale

Les critères et le texte pour la personnalité antisociale sont proposés dans le chapitre « Troubles de la personnalité ». Ce trouble est doublement codé ici et dans le chapitre

« Troubles de la personnalité » car il est étroitement lié au spectre des troubles des conduites « externalisés » dans ce chapitre, et aussi aux « Troubles liés à une substance et troubles addictifs » dans le chapitre correspondant.

Pyromanie

Critères diagnostiques

312.33 (F63.1)

- A. Allumage délibéré et réfléchi d'incendies, survenant à plusieurs reprises.
 - B. Tension ou excitation émotionnelle avant l'acte.
 - C. Fascination, intérêt, curiosité ou attirance pour le feu et pour tout ce qui s'y rapporte (p. ex. matériel, utilisation, conséquences).
 - D. Plaisir, gratification ou soulagement en allumant des incendies, en les contemplant ou en participant aux événements qui en résultent.
 - E. Le feu n'est pas allumé pour un bénéfice commercial ni pour manifester une idéologie sociopolitique, camoufler une activité criminelle, exprimer la colère ou la vengeance, améliorer ses conditions de vie, ni en réponse à des idées délirantes, à des hallucinations ou à un trouble du jugement (comme p. ex. dans le trouble neurocognitif majeur, le handicap intellectuel [trouble du développement intellectuel] ou l'intoxication par une substance).
 - F. L'allumage d'incendies n'est pas mieux expliqué par un trouble des conduites, un épisode maniaque ou une personnalité antisociale.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la pyromanie est le fait de mettre plusieurs fois le feu de manière délibérée et réfléchie (critère A). Ces personnes éprouvent une tension ou une excitation émotionnelle avant l'acte (critère B). Il y a une fascination, un intérêt, une curiosité ou une attirance pour le feu et pour tout ce qui s'y rapporte (p. ex. matériel, utilisation, conséquences) (critère C). Ces sujets figurent souvent parmi les badauds quand il y a un incendie dans leur quartier ; ils déclenchent parfois de fausses alarmes et ils se passionnent pour les institutions, les équipements et les personnes qui interviennent dans la lutte contre les incendies. Ils fréquentent parfois la caserne des pompiers de leur quartier, ils allument des incendies pour pouvoir être au contact des pompiers ou peuvent même devenir pompiers eux-mêmes. Ces sujets ressentent du plaisir, de la gratification ou du soulagement en allumant des incendies, en les contemplant ou en participant aux événements qui en résultent (critère D). Le feu n'est pas allumé pour un bénéfice commercial ni pour manifester une idéologie sociopolitique, effacer les traces d'une activité criminelle, exprimer la colère ou la vengeance, améliorer ses conditions de vie, ni en réponse à des idées délirantes ou à des hallucinations (critère E). Il ne s'agit pas non plus d'un trouble du jugement (p. ex. dans le trouble neurocognitif majeur, ou le retard mental [trouble du développement intellectuel]). On ne porte pas le diagnostic si un trouble des conduites, un épisode maniaque ou un trouble de la personnalité antisociale permettent mieux d'expliquer l'allumage des incendies (critère F).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus pyromanes font parfois des préparatifs minutieux avant de mettre le feu. Ils peuvent être indifférents aux conséquences matérielles ou humaines de l'incendie ou même éprouver du plaisir devant les destructions qui en résultent. Ce trouble

peut être source de dégâts matériels, de conséquences judiciaires, de blessures voire de décès pour le patient et pour autrui. Les personnes qui allument des incendies de façon impulsive (qu'ils soient pyromanes ou non) présentent souvent un trouble de l'usage de l'alcool dans leur histoire actuelle ou dans leurs antécédents.

Prévalence

La prévalence en population générale n'est pas connue. La prévalence sur la vie de l'allumage d'incendies, qui est juste une composante de la pyromanie et qui est insuffisante pour porter seule le diagnostic, a été évaluée à 1,13 % dans un échantillon en population générale ; les comorbidités les plus communes étaient la personnalité antisociale, le trouble de l'usage d'une substance, le trouble bipolaire et le jeu d'argent pathologique (Blanco et al. 2010). À l'inverse, la pyromanie comme diagnostic primaire semble être très rare. Dans un échantillon de personnes rencontrées dans le système pénal après des actes répétés d'allumage d'incendies, seulement 3,3 % avaient des symptômes répondant à tous les critères diagnostiques de pyromanie (Lindberg et al. 2005).

Développement et évolution

Les informations disponibles ne permettent pas de définir un âge de début typique de la pyromanie. Il n'existe pas de données sur le lien éventuel entre l'allumage d'incendies pendant l'enfance et la pyromanie de l'adulte. L'allumage d'incendies est épisodique chez les pyromanes et la fréquence des actes peut fluctuer. L'évolution à long terme est inconnue. Bien que de nombreux enfants et adolescents allument des incendies (plus de 40 % des personnes arrêtées aux États-Unis pour avoir mis le feu sont des mineurs), la pyromanie semble rare chez l'enfant. L'allumage d'incendies par des mineurs est généralement en rapport avec un trouble des conduites, un déficit de l'attention/hyperactivité ou un trouble de l'adaptation.

Questions diagnostiques liées au genre

La pyromanie est beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin, notamment en cas de mauvaise adaptation sociale et de difficultés d'apprentissage.

Diagnostic différentiel

Autres causes d'allumage intentionnel d'incendies. Il est important d'exclure les autres causes d'allumage d'incendies avant de porter un diagnostic de pyromanie. Le fait de mettre volontairement le feu peut avoir pour but le profit, le sabotage, la vengeance, la dissimulation d'un crime, une cause politique (p. ex. terrorisme ou protestation) ou bien il peut s'agir d'attirer l'attention et d'être reconnu (p. ex. en allumant un incendie, en le signalant et en devenant le héros du jour). Il peut aussi s'agir d'un désir d'apprendre en expérimentant chez l'enfant (p. ex. en jouant avec des allumettes ou du feu).

Autres troubles mentaux. Il n'est pas justifié de porter un diagnostic additionnel de pyromanie quand les incendies sont allumés dans le cadre d'un trouble des conduites, d'un épisode maniaque ou d'une personnalité antisociale, ou bien en réponse à des idées délirantes ou à des hallucinations (p. ex. dans la schizophrénie) ou comme conséquence directe des effets physiologiques d'une affection médicale (p. ex. une épilepsie). Le diagnostic de pyromanie n'est pas fondé non plus quand les incendies sont allumés à cause de troubles du jugement en rapport avec un trouble neurocognitif majeur, un retard mental ou une intoxication par une substance.

Comorbidité

Il existe une forte concomitance entre pyromanie et troubles de l'usage d'une substance, jeu d'argent pathologique, troubles dépressifs et bipolaires, et autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites ([Grant et Won Kim 2007](#)).

Kleptomanie

Critères diagnostiques

312.32 (F63.2)

- A. Impossibilité répétée de résister à l'impulsion de voler des objets qui ne sont dérobés ni pour un usage personnel ni pour leur valeur commerciale.
 - B. Sensation croissante de tension juste avant de commettre le vol.
 - C. Plaisir, gratification ou soulagement au moment de commettre le vol.
 - D. Le vol n'est pas commis pour exprimer la colère ou la vengeance, ni en réponse à des idées délirantes ou des hallucinations.
 - E. Le vol n'est pas mieux expliqué par un trouble des conduites, un épisode maniaque ou une personnalité antisociale.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la kleptomanie est l'impossibilité répétée de résister à l'impulsion de voler des objets qui ne sont dérobés ni pour un usage personnel ni pour leur valeur commerciale (critère A). La personne éprouve une sensation croissante de tension avant de commettre le vol (critère B) puis du plaisir, de la gratification ou du soulagement au moment de passer à l'acte (critère C). Le vol n'est pas commis pour exprimer la colère ou la vengeance, ni en réponse à des idées délirantes ou à des hallucinations (critère D). Le vol n'est pas mieux expliqué par un trouble des conduites, un épisode maniaque ou un trouble de la personnalité antisociale (critère E). Les objets sont dérobés alors qu'ils ont généralement peu de valeur pour l'individu qui aurait facilement pu les payer ; ils sont souvent donnés ou abandonnés après le larcin. Le sujet thésaurise parfois les objets dérobés ou les remet à leur place en cachette. Ces personnes ne vont généralement pas voler quand elles risquent d'être arrêtées sur le champ (p. ex. sous les yeux d'un policier). Cependant, elles ne préméditent habituellement pas leurs larcins et n'évaluent pas réellement le risque d'arrestation. Le vol est fait sans l'aide ni l'assistance d'autrui.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les sujets kleptomane ressentent l'impulsion de voler comme non synchrone avec le moi et sont conscients qu'il s'agit d'un acte inutile et répréhensible. Ils ont souvent peur d'être arrêtés et se sentent déprimés ou coupables pour leurs larcins. Les voies de neurotransmission associées aux addictions comportementales, dont celles associées à la sérotonine, la dopamine et les systèmes opioïdes, semblent jouer également un rôle dans la kleptomanie ([Grant et al. 2010](#)).

Prévalence

La kleptomanie concerne autour de 4-24 % des sujets arrêtés pour vol dans des magasins. Sa prévalence dans la population générale est très rare, autour de 0,3-0,6 % ([Grant et al. 2010](#) ; [Talih 2011](#)). Le ratio entre les femmes et les hommes est de 3/1 ([Talih 2011](#)).

Développement et évolution

L'âge de début de la kleptomanie est variable mais le trouble débute souvent à l'adolescence (Talih 2011). Toutefois, il peut débuter dans l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte et plus rarement chez des sujets âgés. Il y a peu d'informations fiables concernant l'évolution de la kleptomanie. Trois évolutions typiques ont été décrites : sporadique, avec des épisodes brefs séparés par de longues périodes de rémission, épisodique, avec des périodes prolongées de vols séparées par des rémissions, et chronique, avec certaines fluctuations. Le trouble peut persister pendant des années malgré de nombreuses condamnations pour chapardage.

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. Il n'y a pas d'études familiales contrôlées de la kleptomanie. Cependant, des données préliminaires suggèrent que les parents du premier degré des patients kleptomane présentent probablement une incidence plus élevée du trouble obsessionnel-compulsif que la population générale. Il semble aussi y avoir des taux plus élevés de troubles de l'usage d'une substance, dont l'alcool, chez les parents des patients kleptomane que dans la population générale (Grant et al. 2010).

Retentissement fonctionnel de la kleptomanie

Ce trouble peut avoir un retentissement légal, familial, professionnel ou personnel.

Diagnostic différentiel

Vol ordinaire. La kleptomanie doit être distinguée des cas habituels de chapardages ou de vols à l'étalage. Le vol habituel (qu'il soit prémédité ou impulsif) est un acte délibéré, motivé par l'utilité ou la valeur monétaire de l'objet. Certains individus, notamment des adolescents, volent parfois dans le cadre d'un pari, d'un geste de révolte ou d'un rite de passage. On porte le diagnostic de kleptomanie seulement si les autres traits caractéristiques du trouble sont aussi présents. La kleptomanie est extrêmement rare alors que le vol à l'étalage est assez fréquent.

Simulation. En cas de simulation, un individu peut simuler les symptômes de la kleptomanie pour échapper aux poursuites.

Personnalité antisociale et trouble des conduites. La personnalité antisociale et le trouble des conduites se distinguent de la kleptomanie par un mode général de comportement antisocial.

Épisodes maniaques, épisodes psychotiques et trouble neurocognitif majeur. La kleptomanie doit être distinguée des vols commis volontairement ou par inadvertance dans l'épisode maniaque, en réponse à des hallucinations ou à des idées délirantes (p. ex. dans la schizophrénie) ou dans le cadre d'un trouble neurocognitif majeur.

Comorbidité

Des achats impulsifs, de même que des troubles dépressifs et bipolaires de l'humeur (notamment le trouble dépressif caractérisé), des troubles anxieux, des troubles des conduites alimentaires (notamment la boulimie), des troubles de la personnalité et d'autres troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites peuvent être associés à la kleptomanie (Grant et al. 2010 ; Talih 2011).

Autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié

Critères diagnostiques

312.89 (F91.8)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques de troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre. La catégorie autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié est utilisée dans des situations où le clinicien décide de communiquer la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites spécifique ne sont remplis complètement. Cela est fait en notant « autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié » puis la raison particulière (p. ex. « épisodes agressifs récurrents de fréquence insuffisante »).

Trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, non spécifié

Critères diagnostiques

312.9 (F91.9)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques de troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre. La catégorie trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, non spécifié est utilisée dans des situations où le clinicien décide de *ne pas* communiquer la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne remplit les critères d'aucun trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites spécifique, et inclut des situations où l'on ne dispose pas d'assez d'informations pour poser un diagnostic spécifique (p. ex. en situation d'urgence).

Références

Trouble oppositionnel avec provocation

- Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P: Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16(8):484–494, 2007 17896121
- Burke JD, Waldman I, Lahey BB: Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J. Abnorm Psychol* 119(4):739–751, 2010 20853919
- Canino G, Polanczyk G, Bauermeister JJ, et al: Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(7):695–704, 2010 20532864
- Egger HL, Angold A: Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 47(3–4):313–337, 2006 16492262

- Frick PJ, Nigg JT: Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 8:77–107, 2012 22035245
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, et al: Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 60(7):709–717, 2003 12860775
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC: Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry* 48(7):703–713, 2007 17593151
- Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC: Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 15(8):868–876, 2010 19337207
- Rowe R, Costello EJ, Angold A, et al: Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J. Abnorm Psychol* 119(4):726–738, 2010 21090876
- Stringaris A, Goodman R: Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(4):404–412, 2009 19318881
- van Goozen SH, Fairchild G, Snoek H, Harold GT: The evidence for a neurobiological model of childhood antisocial behavior. *Psychol Bull* 133(1):149–182, 2007 17201574

Trouble explosif intermittent

- Bergeman CS, Seroczynski AD: Genetic and environmental influences on aggression and impulsivity, in *Neurobiology and Clinical Views on Aggression and Impulsivity*. Edited by Maes M, Coccaro EF. Chichester, UK, Wiley, 1998, pp 63–80
- Coccaro EF: Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry* 169(6):577–588, 2012 22535310 10.1176/appi.ajp.2012.11081259
- Coccaro EF, McCloskey MS, Fitzgerald DA, Phan KL: Amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression. *Biol Psychiatry* 62(2):168–178, 2007 17210136
- Coccaro EF, Lee R, Kavoussi RJ: Aggression, suicidality, and intermittent explosive disorder: serotonergic correlates in personality disorder and healthy control subjects. *Neuropsychopharmacology* 35(2):435–444, 2010 19776731
- Kessler RC, Üstün TB (ed): *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York, Cambridge University Press, 2008
- Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, et al: The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63(6):669–678, 2006 16754840
- McLaughlin KA, Green JG, Hwang I, et al: Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, July 2, 2012 (Epub ahead of print) 22752056 10.1001/archgenpsychiatry.2012.592
- New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, et al: Blunted prefrontal cortical 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to meta-chlorophenylpiperazine in impulsive aggression. *Arch Gen Psychiatry* 59(7):621–629, 2002 12090815
- Siever LJ, Buchsbaum MS, New AS, et al: d,l-Fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology* 20(5):413–423, 1999 10192822

Trouble des conduites

- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA: Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 47(3–4):372–394, 2006 16492264
- Burke JD, Waldman I, Lahey BB: Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for DSM-V. *J. Abnorm Psychol* 119(4):739–751, 2010 20853919
- Canino G, Polanczyk G, Bauermeister JJ, et al: Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(7):695–704, 2010 20532864
- Card NA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD: Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Dev* 79(5):1185–1229, 2008 18826521

- Costello EJ, Egger H, Angold A: 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders, I: methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(10):972–986, 2005 16175102
- Dodge KA, Pettit GS: A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Dev Psychol* 39(2):349–371, 2003 12661890
- Frick PJ, Viding EM: Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Dev Psychopathol* 21(4):1111–1131, 2009 19825260
- Frick PJ, White SF: Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 49(4):359–375, 2008 18221345
- Jaffee SR, Belsky J, Harrington H, et al: When parents have a history of conduct disorder: how is the caregiving environment affected? *J Abnorm Psychol* 115(2):309–319, 2006 16737395
- Kahn RE, Frick PJ, Youngstrom E, et al: The effects of including a callous-unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 53(3):271–282, 2012 21950481 10.1111/j.1469-7610.2011.02463.x
- Keenan K, Boeldt D, Chen D, et al: Predictive validity of DSM-IV oppositional defiant and conduct disorders in clinically referred preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 52(1):47–55, 2011 20738448 10.1111/j.1469-7610.2010.02290.x
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, et al: Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 60(7):709–717, 2003 12860775
- Loeber R, Burke JD, Pardini DA: Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annu Rev Clin Psychol* 5:291–310, 2009 19154139
- Lorber MF: Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. *Psychol Bull* 130(4):531–552, 2004 15250812
- Maughan B, Rowe R, Messer J, et al: Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 45(3):609–621, 2004 15055379
- McMahon RJ, Witkiewitz K, Kotler JS: Conduct Problems Prevention Research Group: Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *J Abnorm Psychol* 119(4):752–763, 2010 20939651
- Moffitt TE: The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychol Bull* 131(4):533–554, 2005 16060801
- Moffitt TE, Caspi A: Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol* 13(2):355–375, 2001 11393651
- Moffitt TE, Arseneault L, Jaffee SR, et al: Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry* 49(1):3–33, 2008 18181878
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC: Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 36(5):699–710, 2006 16438742
- Odgers CL, Caspi A, Broadbent JM, et al: Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Arch Gen Psychiatry* 64(4):476–484, 2007a 17404124
- Odgers CL, Milne BJ, Caspi A, et al: Predicting prognosis for the conduct-problem boy: can family history help? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(10):1240–1249, 2007b 17885565
- Ortiz J, Raine A: Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: a meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(2):154–162, 2004 14726721
- Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE: Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. *J Abnorm Psychol* 119(4):683–688, 2010 21090874
- Rhee SH, Waldman ID: Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull* 128(3):490–529, 2002 12002699
- Roberts BW, Harms PD, Caspi A, Moffitt TE: Predicting the counterproductive employee in a child-to-adult prospective study. *J Appl Psychol* 92(5):1427–1436, 2007 17845095
- Rowe R, Maughan B, Moran P, et al: The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 51(6):688–695, 2010 20039995
- Rubia K: “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review. *Biol Psychiatry* 69(12):e69–87, 2011 21094938
- van Goozen SH, Fairchild G, Snoek H, Harold GT: The evidence for a neurobiological model of childhood antisocial behavior. *Psychol Bull* 133(1):149–182, 2007 17201574

Pyromanie

- Blanco C, Alegría AA, Petry NM, et al: Prevalence and correlates of fire-setting in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 71(9):1218–1225, 2010 20361899
- Grant JE, Won Kim S: Clinical characteristics and psychiatric comorbidity of pyromania. *J Clin Psychiatry* 68(11):1717–1722, 2007 18052565
- Lindberg N, Holi MM, Tani P, Virkkunen M: Looking for pyromania: characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993. *BMC Psychiatry* 5:47, 2005 16351734 10.1186/1471-244X-5-47

Kleptomanie

- Grant JE, Odlaug BL, Kim SW: Kleptomania: clinical characteristics and relationship to substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 36(5):291–295, 2010 20575650
- Talih FR: Kleptomania and potential exacerbating factors: a review and case report. *Innov Clin Neurosci* 8(10):35–39, 2011 22132369

Troubles liés à une substance et troubles addictifs

Les troubles liés à une substance regroupent 10 classes séparées de drogues : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes (avec des catégories séparées pour la phencyclidine [ou les arylcyclohexylamines d'action similaire] et les autres hallucinogènes), substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants (substances de type amphétaminique, cocaïne et autres stimulants), tabac et substances autres (ou inconnues). Ces 10 classes ne sont pas complètement distinctes. Toutes les substances qui sont prises en excès ont en commun une activation directe du système cérébral de récompense, lequel est impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs. Ces substances produisent une activation si intense du système de récompense que les activités habituelles peuvent s'en trouver négligées. Au lieu d'aboutir à une activation du système de récompense par des comportements adaptatifs, les substances donnant lieu à abus activent directement les voies de récompense (Koob 2006). Les mécanismes pharmacologiques par lesquels chaque classe de substances produit une récompense sont différents mais typiquement les substances activent ce système et produisent des sensations de plaisir, souvent appelées *high*. De plus, les sujets avec des niveaux plus bas de contrôle de soi, lesquels peuvent refléter des altérations dans les mécanismes cérébraux d'inhibition, peuvent être particulièrement à risque de développer des troubles liés à la consommation d'une substance, suggérant que les racines des troubles liés à la consommation d'une substance peuvent être retrouvées dans les comportements de certaines personnes bien avant le début même de la consommation actuelle de substance (Moffitt et al. 2011).

En sus des troubles liés à une substance, ce chapitre comprend également le jeu d'argent pathologique, reflétant le fait que les comportements de jeux d'argent activent des systèmes de récompense similaires à ceux qui sont activés par des substances addictives, donnant lieu aux symptômes comportementaux qui semblent comparables à ceux produits par les troubles liés à la consommation d'une substance. D'autres modes de comportements excessifs, tels que le jeu pathologique sur internet, ont aussi été décrits mais la recherche sur ces derniers ainsi que sur d'autres syndromes comportementaux est moins avancée. Ainsi, des groupes de comportements répétitifs, dénommés par certains *addictions comportementales*, avec des sous-catégories telles que « addiction au sexe », « addiction à l'exercice physique », « addiction aux achats », ne sont pas inclus car les données actuelles de la littérature sont insuffisantes pour établir des critères diagnostiques et les caractéristiques évolutives nécessaires à l'identification de ces comportements comme troubles mentaux.

Les troubles liés à une substance sont divisés en deux groupes : les troubles liés à l'usage d'une substance et les troubles induits par une substance. Les conditions suivantes peuvent être considérées comme induites par une substance : intoxication, sevrage et autres troubles mentaux induits par une substance/un médicament (troubles psychotiques, troubles bipolaires et apparentés, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés, troubles du sommeil, dysfonctions sexuelles, état confusionnel et troubles neurocognitifs).

Le présent chapitre commence avec une discussion générale sur les critères établis pour le trouble de l'usage d'une substance, l'intoxication par une substance et le syndrome de sevrage dû à une substance, et les autres troubles mentaux induits par une

substance/un médicament, dont au moins certains sont applicables à l'ensemble des catégories de substances. Afin de montrer certains aspects spécifiques des 10 classes de substances traitées dans ce chapitre, la suite est organisée par classe de substance et en décrit les aspects spécifiques. Pour faciliter le diagnostic différentiel, le texte et les critères des troubles mentaux induits par une substance/un médicament restants sont inclus dans les troubles avec lesquels ils partagent la présentation clinique (p. ex. le trouble dépressif induit par une substance/un médicament est traité dans le chapitre « Troubles dépressifs »). Les catégories diagnostiques larges qui sont associées à chaque groupe spécifique de substances sont présentées dans le [tableau 1](#).

Troubles liés à une substance

Troubles de l'usage d'une substance

Caractéristiques

La caractéristique essentielle d'un trouble de l'usage d'une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela. Comme décrit dans le [tableau 1](#), le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance peut s'appliquer aux 10 classes traitées dans ce chapitre à l'exception de la caféine. Pour certaines classes, certains symptômes sont moins prononcés et, dans quelques cas, certains symptômes ne s'appliquent pas (p. ex. les symptômes de sevrage ne sont pas spécifiés pour le trouble de l'usage de la phencyclidine, le trouble de l'usage d'un autre hallucinogène ou le trouble de l'usage d'une substance inhalée).

Une caractéristique importante des troubles liés à la consommation d'une substance est un changement sous-jacent dans les circuits cérébraux qui peut persister au-delà de la désintoxication, particulièrement chez les sujets présentant des troubles graves. Les effets comportementaux de ces changements cérébraux peuvent se manifester par des rechutes répétées et une envie impérieuse de consommer la substance lorsque les individus sont exposés à des stimuli en rapport avec la substance. Ces effets persistants de la substance peuvent bénéficier d'approches thérapeutiques à long terme ([McLellan et al. 2000](#)).

Dans l'ensemble, le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance repose sur un mode pathologique de comportements lié à la consommation d'une substance. Pour faciliter l'organisation, on peut considérer que les critères A s'organisent en différents groupes : *la réduction du contrôle, l'altération du fonctionnement social, la consommation risquée et les critères pharmacologiques*. La réduction du contrôle sur la consommation d'une substance correspond au premier groupe de critères (critères 1-4). Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu (critère 1). Il peut exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation (critère 2). L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets (critère 3). Dans des cas plus sévères de troubles liés à la consommation d'une substance, la quasi-totalité des activités journalières du sujet peut tourner autour de la substance. Une envie impérieuse (*craving*) de la substance (critère 4) correspond à un fort désir ou un besoin

Tableau 1. Diagnostics associés aux classes de substances

	Troubles psychotiques	Troubles bipolaires	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles obsessionnels- compulsifs et apparentés	Troubles du sommeil	Dysfonctions sexuelles	État confusionnel	Troubles neurocognitifs	Troubles liés à l'utilisation d'une substance	Intoxication par une substance	Sevrage d'une substance
Alcool	I/S	I/S	I/S	I/S		I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X
Caféine				I		I/S					X	X
Cannabis	I			I		I/S		I		X	X	X
Hallucinogènes												
Phencyclidine	I	I	I	I				I		X	X	
Autres hallucinogènes	I*	I	I	I				I		X	X	
Substances inhalées	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opiacés			I/S	S		I/S	I/S	I/S		X	X	X
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques	I/S	I/S	I/S	S		I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X
Stimulants**	I	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I	I		X	X	X
Tabac						S				X		X
Autres (ou inconnues)	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S/P	X	X	X

Note. X = La catégorie est reconnue dans le DSM-5.

I = La spécification « avec début pendant l'intoxication » peut être utilisée pour la catégorie.

S = La spécification « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

I/S = Soit « avec début pendant l'intoxication » soit « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

P = Le trouble est persistant.

* Y compris le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (flashbacks).

** Inclut les substances de type amphétaminique, la cocaïne et les stimulants autres ou non spécifiés.

pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisée antérieurement. Il a également été montré que cette envie impérieuse implique un conditionnement classique et est associée à une activation des structures spécifiques de récompense au niveau du cerveau. Une envie impérieuse de la substance est recherchée en demandant aux sujets s'il y a déjà eu un moment où ils ont eu des envies tellement fortes de consommer la substance qu'ils ne pouvaient plus penser à autre chose. Une envie impérieuse actuelle est souvent utilisée comme mesure du résultat d'un traitement parce qu'elle peut signaler une rechute imminente (Miller et al. 1996).

L'altération du fonctionnement social correspond au deuxième groupe de critères (critères 5-7). La consommation répétée de substance peut conduire à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile (critère 5). Le sujet peut continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (critère 6). Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance (critère 7). La personne peut se retirer d'activités familiales et de loisirs pour consommer la substance.

La consommation risquée de la substance correspond au troisième groupe de critères (critères 8-9). Cela peut prendre la forme d'une consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux (critère 8). Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (critère 9). La question clé dans l'évaluation de ce critère n'est pas l'existence du problème mais plutôt l'incapacité de la personne à s'abstenir de consommer la substance en dépit des difficultés dont elle est la cause.

Les critères pharmacologiques représentent le dernier groupe (critères 10 et 11). La tolérance (critère 10) est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance. Le niveau de tolérance qui se développe varie largement selon les individus ainsi que selon les substances et se manifeste par des effets variés sur le système nerveux central. Par exemple, la tolérance vis-à-vis de la dépression respiratoire et la tolérance vis-à-vis de la sédation et de la coordination motrice peuvent se développer à des vitesses différentes, en fonction de la substance. La tolérance peut être difficile à établir sur les seuls antécédents et des examens de laboratoire peuvent être utiles (p. ex. des taux sanguins élevés d'une substance avec peu d'indices d'intoxication rendent la tolérance probable). La tolérance doit aussi être distinguée de la variabilité individuelle quant à la sensibilité initiale aux effets de substances données. Par exemple, des personnes qui boivent pour la première fois montrent très peu de signes d'intoxication après trois ou quatre verres, alors que d'autres, de même poids, n'ayant jamais bu non plus, peuvent avoir un discours bredouillant et une incoordination motrice.

Le sevrage (critère 11) est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage, la personne peut consommer la substance pour soulager ces symptômes. Les symptômes de sevrage varient fortement selon les classes de substances et des ensembles distincts de critères de sevrage sont décrits selon les classes de substance. Des signes physiologiques nets et habituellement faciles à détecter sont fréquents avec l'alcool, les opiacés et les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. Des signes et des symptômes de sevrage sont souvent présents mais peuvent être moins évidents avec les stimulants (amphétamines et

cocaïne), comme avec le tabac et le cannabis. Un sevrage significatif n'a pas encore été documenté chez l'homme après une consommation répétée de phencyclidine, d'autres hallucinogènes et de substances inhalées ; ainsi, ce critère n'est pas inclus pour ces substances. Ni la tolérance ni le sevrage ne sont nécessaires ou suffisants pour le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance. Cependant, pour la plupart des classes de substances, des antécédents de sevrage sont associés à une évolution clinique plus sévère (p. ex. le développement plus rapide d'un trouble de l'usage d'une substance, des prises de substance en quantités plus grandes, un nombre plus élevé de problèmes liés à une substance) (Chen et al. 2009).

Les symptômes de tolérance et de sevrage survenant au cours d'un traitement médical approprié avec des médicaments délivrés sous ordonnance (p. ex. opioïdes analgésiques, sédatifs, stimulants) ne sont *pas* spécifiquement pris en compte dans le diagnostic du trouble de l'usage d'une substance. L'apparition attendue au cours d'un traitement médical d'une tolérance pharmacologique et d'un sevrage classiques peut amener à porter un diagnostic erroné d'« addiction », même lorsque ces symptômes sont les seuls présents. Les sujets dont les *seuls* symptômes sont ceux qui se produisent dans le cadre d'un traitement médical (p. ex. la tolérance et le sevrage au cours de soins médicaux alors que les médicaments sont pris selon la prescription) ne doivent pas recevoir un diagnostic uniquement sur la base de ces symptômes. Cependant, les médicaments pris sur ordonnance peuvent être utilisés de façon inappropriée, et un trouble de l'usage d'une substance peut être diagnostiqué de façon appropriée lorsqu'il y a d'autres symptômes de comportement compulsif orienté vers la recherche de la substance.

Sévérité et spécifications

Les troubles liés à la consommation d'une substance se manifestent par un large éventail de gravité, allant de léger à grave, en fonction du nombre de critères symptomatiques présents. D'une manière générale, pour évaluer la sévérité, on considère qu'un trouble *léger* lié à la consommation d'une substance est défini par la présence de deux à trois symptômes, *moyen* par quatre à cinq symptômes et *grave* par six symptômes ou plus. Une modification de la sévérité au cours du temps se traduit également par des réductions ou des augmentations de la fréquence et/ou de la quantité de la substance consommée, lesquelles peuvent être rapportées par le sujet lui-même, par des proches, par les observations du clinicien ou par les examens biologiques. Les spécifications de l'évolution et les spécifications des caractéristiques descriptives suivantes sont également utilisées pour décrire les troubles liés à la consommation d'une substance : « en rémission précoce », « en rémission prolongée », « en traitement d'entretien » et « en environnement protégé ». Chacune de ces spécifications est définie par des ensembles de critères respectifs.

Procédures d'enregistrement pour les troubles de l'usage d'une substance

Le clinicien doit utiliser le code qui s'applique à la classe de substances mais noter le nom de la *substance spécifique*. Par exemple, le clinicien doit enregistrer 304.10 (F13.20) pour un trouble moyen lié à la consommation d'alprazolam (plutôt que trouble moyen lié à la consommation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques) ou 305.70 (F15.10) pour un trouble léger lié à la consommation de méthamphétamine (plutôt que trouble léger lié à la consommation de stimulants). Pour les substances qui ne correspondent à aucune des

classes (p. ex. stéroïde anabolisant), le code approprié pour « autre trouble de l'usage d'une substance » doit être utilisé et la substance spécifique doit être indiquée (p. ex. 305.90 [F19.10] trouble léger lié à la consommation de stéroïde anabolisant). Si la substance prise par la personne est inconnue, le code pour la classe « autre (ou inconnue) » doit être utilisé (p. ex. 304.90 [F19.20] trouble grave lié à la consommation d'une substance inconnue). Si les critères sont remplis pour plus d'un trouble de l'usage d'une substance, tous doivent être diagnostiqués (p. ex. 304.00 [F11.20] trouble grave lié à la consommation d'héroïne ; 304.20 [F14.20] trouble moyen lié à la consommation de cocaïne).

Le code CIM-10-MC approprié pour le trouble de l'usage d'une substance dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble associé induit par une substance (y compris l'intoxication et le sevrage). Dans l'exemple ci-dessus, le code diagnostique pour le trouble moyen lié à la consommation d'alprazolam, F13.20, traduit l'absence de trouble mental associé induit par l'alprazolam. Comme les codes CIM-10-MC pour les troubles induits par une substance indiquent la présence (ou l'absence) et la sévérité du trouble de l'usage d'une substance, les codes CIM-10-MC pour les troubles liés à la consommation d'une substance peuvent être utilisés seulement en l'absence d'un trouble induit par une substance. Pour des informations additionnelles de codage, se référer aux sections spécifiques pour une substance donnée.

À noter que le mot *addiction* n'est pas utilisé en tant que terme diagnostique dans cette classification, bien qu'il soit d'usage courant dans de nombreux pays pour décrire des problèmes graves liés à une consommation compulsive et répétée de substances. Le terme plus neutre de *trouble de l'usage d'une substance* est utilisé pour décrire le large spectre du trouble de prise de drogue compulsive, d'une forme légère à un état grave à rechutes chroniques. Certains cliniciens choisiront d'utiliser le mot *addiction* pour décrire des tableaux plus extrêmes mais le mot ne figure pas dans la terminologie diagnostique officielle du trouble de l'usage d'une substance du DSM-5 du fait de sa définition incertaine et de sa connotation potentiellement négative.

Troubles induits par une substance

La catégorie générale des troubles induits par une substance comprend l'intoxication, le sevrage et les autres troubles mentaux induits par une substance/un médicament (p. ex. trouble psychotique induit par une substance, trouble dépressif induit par une substance).

Intoxication par une substance et sevrage

Les critères de l'intoxication par une substance sont inclus dans les sections spécifiques de ce chapitre. La caractéristique essentielle de l'intoxication par une substance est le développement d'un syndrome réversible spécifique dû à la prise récente de cette substance (critère A). Les changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs, qui sont associés à l'intoxication (p. ex. agressivité, labilité de l'humeur, altération du jugement) sont imputables aux effets physiologiques de la substance sur le système nerveux central et se développent pendant ou peu après la consommation de la substance (critère B). Les symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D). L'intoxication par une substance est fréquente chez les sujets présentant un trouble de l'usage d'une substance mais survient aussi fréquemment chez les sujets sans trouble de l'usage d'une substance. Cette catégorie ne s'applique *pas* au tabac.

Les modifications les plus courantes au cours d'une intoxication comprennent des perturbations de la perception, de la vigilance, de l'attention, de la pensée, du jugement, du comportement psychomoteur et du comportement interpersonnel. Des intoxications de courte durée ou « aiguës » peuvent se manifester par des signes ou des symptômes différents de ceux des intoxications de longue durée ou « chroniques ». Par exemple, des doses moyennes de cocaïne peuvent produire initialement une recherche de contacts sociaux mais un retrait social peut se développer si ces doses sont répétées fréquemment sur plusieurs jours ou plusieurs semaines (O'Brien 2011).

D'un point de vue physiologique, le terme d'*intoxication* est plus large que l'intoxication par une substance telle qu'elle est définie ici. De nombreuses substances peuvent provoquer des modifications physiologiques ou psychologiques qui ne sont pas nécessairement problématiques. Par exemple, un sujet ayant une tachycardie liée à la consommation d'une substance a une intoxication physiologique mais on ne peut pas porter le diagnostic d'intoxication si c'est le seul symptôme, en l'absence d'un comportement inadapté. Une intoxication peut parfois persister au-delà du moment où la substance n'est plus détectable dans les liquides biologiques. Cela peut être dû à des effets durables sur le système nerveux central, dont la récupération est plus longue que l'élimination de la substance. Ces effets prolongés d'une intoxication doivent être différenciés d'un sevrage (c.-à-d. des symptômes déclenchés par une diminution des concentrations sanguines ou tissulaires de la substance).

Les critères du sevrage d'une substance sont inclus dans les sections spécifiques à chaque substance de ce chapitre. La caractéristique essentielle du sevrage est le développement d'une modification comportementale problématique spécifique d'une substance, avec des signes physiologiques et cognitifs concomitants, suite à l'arrêt ou à la réduction de la consommation massive et prolongée de la substance (critère A). Le syndrome de sevrage spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D). Le sevrage est en général, mais pas toujours, associé à un trouble de l'usage d'une substance. La plupart des sujets présentant un sevrage d'une substance ont un besoin pressant de reprendre la substance pour diminuer leurs symptômes.

Voie d'administration et rapidité d'action d'une substance

Les voies d'administration qui produisent une absorption sanguine plus rapide et plus complète (p. ex. par voie intraveineuse, en fumant, en « sniffant ») conduisent à une intoxication plus intense et une probabilité accrue d'une escalade dans le mode de consommation de la substance, aboutissant à un sevrage. De même, les substances à action rapide sont plus susceptibles que celles à action plus lente de produire une intoxication immédiate (O'Brien 2011).

Durée des effets

Au sein d'une même classe de substance, les substances à durée d'action relativement courte favorisent plus le développement d'un sevrage que celles ayant une durée d'action plus longue. La demi-vie d'une substance est à mettre en parallèle avec certains aspects du sevrage : plus la durée d'action est prolongée, plus le délai entre l'arrêt et l'apparition des symptômes de sevrage est long et plus le sevrage est susceptible de durer. En général, plus la période aiguë de sevrage est longue, moins les symptômes ont tendance à être intenses (O'Brien 2011).

Usage de plusieurs substances

L'intoxication et le sevrage impliquent souvent la consommation de plusieurs substances simultanément ou de manière séquentielle. Dans ces cas-là, chaque diagnostic doit être noté séparément.

Examens complémentaires associés

Les examens de laboratoire, sanguins et urinaires, peuvent permettre d'établir l'existence d'une consommation récente et spécifique des substances en cause. Cependant, un test positif n'indique pas, à lui seul, que le mode de consommation d'une substance par un sujet correspond aux critères d'un trouble induit par une substance ou d'un trouble lié à une substance, et un test négatif n'exclut pas en lui-même le diagnostic.

Les tests de laboratoire peuvent être utiles pour identifier un sevrage. Si la personne présente un sevrage d'une substance inconnue, les tests de laboratoire peuvent permettre de l'identifier et de différencier un sevrage d'autres troubles mentaux. De plus, un fonctionnement normal en présence de taux sanguins élevés suggère une tolérance importante à une substance.

Développement et évolution

Les sujets âgés de 18 à 24 ans ont des prévalences relativement élevées en ce qui concerne la consommation de quasiment toutes les substances. Le trouble lié à une substance commence habituellement par l'intoxication, souvent à l'adolescence. Le sevrage peut survenir à n'importe quel âge à condition que la substance concernée ait été prise dans des quantités suffisantes et pendant une période de temps prolongée.

Procédures d'enregistrement pour l'intoxication et le sevrage

Le clinicien doit utiliser le code qui s'applique à la classe de substances, mais noter le nom de la *substance spécifique*. Par exemple, le clinicien doit enregistrer 292.0 (F13.239) sevrage du sécobarbital (plutôt que sevrage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) ou 292.89 (F15.129) intoxication par la méthamphétamine (plutôt qu'intoxication par un stimulant). À noter que le code diagnostique CIM-10-MC approprié pour une intoxication dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble associé lié à la consommation d'une substance. Dans ce cas, le code F15.129 pour l'intoxication par la méthamphétamine indique la présence d'un trouble associé léger lié à la consommation de méthamphétamine. S'il n'y avait pas eu de trouble associé lié à la consommation de méthamphétamine, le code diagnostique aurait été F15.929. Les règles de codage de la CIM-10-MC nécessitent que tous les codes de sevrage impliquent un trouble moyen à grave lié à la consommation de cette substance. Dans le cas ci-dessus, le code pour le sevrage du sécobarbital (F13.329) indique la présence comorbide d'un trouble de l'usage du sécobarbital moyen à grave. Se référer à la note de codage pour l'intoxication spécifique à une substance et les syndromes de manque pour les options actuelles de codage.

Pour les substances qui ne correspondent à aucune des classes (p. ex. les stéroïdes anabolisants), le code approprié pour « intoxication par une autre substance » doit être utilisé et la substance spécifique indiquée (p. ex. 292.89 [F19.929] intoxication au stéroïde anabolisant). Si la substance prise par le sujet est inconnue, le code pour la classe « autre (ou inconnue) » doit être utilisé (p. ex. 292.89 [F19.929] intoxication par une substance inconnue). En présence de symptômes ou de problèmes associés à une substance particulière mais si les critères ne correspondent à aucun des troubles spécifiques d'une substance, la catégorie non spécifiée peut être utilisée (p. ex. 292.9 [F12.99] trouble lié au cannabis non spécifié).

Comme mentionné ci-dessus, les codes CIM-10-MC liés aux substances combinent en un seul code le trouble clinique lié à la consommation d'une substance et le trouble induit par une substance. Ainsi, si à la fois un sevrage de l'héroïne et un trouble moyen lié à la consommation d'héroïne sont présents, le code unique F11.23 est utilisé pour intégrer les deux tableaux. Dans la CIM-9-MC, des codes diagnostiques séparés (292.0 et 304.00) sont utilisés pour indiquer respectivement le sevrage et un trouble moyen lié à la consommation d'héroïne. Pour des informations additionnelles de codage, se référer aux sections spécifiques à chaque substance individuelle.

Troubles mentaux induits par une substance/un médicament

Les troubles mentaux induits par une substance/un médicament sont potentiellement graves, habituellement temporaires mais parfois des syndromes persistants du système nerveux central (SNC) se développent dans le contexte des effets d'une substance donnant lieu à abus, de médicaments ou de différents toxiques. Ils sont distincts des troubles liés à la consommation d'une substance, dans lesquels un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques contribue à la poursuite de la consommation d'une substance malgré des problèmes significatifs liés à cette substance. Les troubles mentaux induits par une substance/un médicament peuvent être induits par les 10 classes de substances qui produisent les troubles liés à la consommation d'une substance, ou par une grande variété d'autres médicaments utilisés au cours de traitements médicaux. Chaque trouble mental induit par une substance est décrit dans le chapitre approprié (p. ex. « Troubles dépressifs », « Troubles neurocognitifs »), et seule une brève description est donc proposée ici. Tous les troubles induits par une substance/un médicament partagent des caractéristiques communes. Il est important de reconnaître ces caractéristiques communes pour faciliter la détection de ces troubles. Ces caractéristiques sont décrites comme suit :

- A. Le trouble se manifeste par un tableau symptomatique cliniquement significatif d'un trouble mental caractérisé.
- B. Mise en évidence, d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires des deux éléments suivants :
 - 1. Le trouble s'est développé pendant ou dans le mois qui a suivi une intoxication ou un sevrage ou une prise de médicament ; et
 - 2. La substance/le médicament impliqué(e) peut induire le trouble mental.
- C. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble mental indépendant (c.-à-d. qui est non induit par une substance ou un médicament). Les critères suivants peuvent permettre de mettre en évidence un trouble mental indépendant :
 - 1. Le trouble a précédé le début d'une intoxication grave ou d'un sevrage ou d'une exposition à un médicament ; ou
 - 2. Le trouble mental complet a persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex. au moins un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave ou d'une prise de médicament. Ce critère ne s'applique pas aux troubles neurocognitifs induits par une substance ni au trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes, lesquels persistent après l'arrêt d'une intoxication aiguë ou d'un sevrage.
- D. Le trouble ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel.
- E. Le trouble cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Caractéristiques

Certaines généralités peuvent être faites en ce qui concerne les catégories de substances capables de favoriser des troubles mentaux cliniquement pertinents induits par une substance. En général, les substances les plus sédatives (les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, et l'alcool) peuvent produire lors d'une intoxication des troubles dépressifs importants et cliniquement significatifs, tandis que des manifestations anxieuses sont susceptibles d'être observées lors de syndromes de sevrage de ces mêmes substances (Schuckit 2006a). De la même façon, les substances les plus stimulantes (p. ex. amphétamines et cocaïne) sont susceptibles d'être associées à des troubles psychotiques induits (McLellan et al. 1979) par une substance et des troubles anxieux induits par une substance en cas d'intoxication, et à des épisodes dépressifs caractérisés induits par une substance en cas de sevrage (Van Reen et al. 2006). À la fois les substances les plus sédatives et les plus stimulantes sont susceptibles d'entraîner des perturbations du sommeil et des dysfonctions sexuelles significatives mais temporaires. Une vue d'ensemble de la relation entre des catégories spécifiques de substances et des syndromes psychiatriques spécifiques est présentée dans le [tableau 1](#).

Les affections induites par un médicament comprennent des réactions du SNC qui sont souvent idiosyncrasiques ou des exemples relativement extrêmes d'effets secondaires pour une large gamme de médicaments prescrits pour divers problèmes médicaux. Il s'agit notamment de complications neurocognitives des anesthésiques, antihistaminiques, antihypertenseurs et d'une variété d'autres médicaments et toxiques (p. ex. composés organophosphorés, insecticides, monoxyde de carbone), comme décrit dans le chapitre sur les troubles neurocognitifs. Des syndromes psychotiques peuvent survenir temporairement avec des substances anticholinergiques, cardiovasculaires et stéroïdes, ainsi que lors de la consommation de substances de type stimulant et dépresseur soumises à prescription médicale ou vendues sans ordonnance. Des troubles de l'humeur temporaires mais sévères peuvent être observés avec une large gamme de médicaments, y compris les stéroïdes, les antihypertenseurs, le disulfirame, et toutes substances de type stimulant et de type dépresseur soumises à prescription médicale ou vendues sans ordonnance. Une gamme similaire de médicaments peut être associée à des syndromes anxieux, à des dysfonctions sexuelles et à des troubles du sommeil temporaires.

En général, le diagnostic de trouble mental induit par une substance/un médicament, repose sur la mise en évidence du fait que le trouble observé n'est pas susceptible d'être mieux expliqué par une affection mentale indépendante. Cette dernière est le plus susceptible d'être diagnostiquée si le trouble mental était présent avant l'intoxication grave ou le sevrage ou la prise de médicaments ou, à l'exception de plusieurs troubles persistants induits par une substance figurant au [tableau 1](#), a continué plus d'un mois après l'arrêt du sevrage aigu, d'une intoxication sévère ou de la consommation de médicaments (Caton et al. 2005 ; Hasin et al. 2002 ; Schuckit 2006a). Lorsque les symptômes sont observés exclusivement pendant un état confusionnel (p. ex. un état confusionnel [delirium] du sevrage de l'alcool), le diagnostic porté doit être celui d'état confusionnel, et le syndrome psychiatrique survenant pendant l'état confusionnel ne doit pas être diagnostiqué séparément, étant donné que de nombreux symptômes (y compris des perturbations de l'humeur, anxieuses et de l'appréciation de la réalité) sont fréquemment observés au cours d'états d'agitation confus. Les caractéristiques associées à chaque trouble mental caractérisé pertinent sont les mêmes que les troubles mentaux soient indépendants ou induits par une substance/un médicament. Toutefois, les sujets avec des troubles mentaux induits par une substance/un médicament sont susceptibles de présenter également des caractéristiques associées observées avec la catégorie spécifique de substance ou de médicament, comme décrits dans d'autres sections de ce chapitre.

Développement et évolution

Les troubles mentaux induits par une substance surviennent dans un contexte d'intoxication ou de sevrage des substances donnant lieu à abus, et les troubles mentaux induits par un médicament sont observés avec des médicaments soumis à prescription ou en vente libre qui sont pris aux doses adéquates. Les deux affections sont habituellement temporaires et susceptibles de disparaître dans un délai d'environ un mois suite à l'arrêt du sevrage aigu, d'une intoxication grave ou de la prise d'un médicament. Des exceptions à ces généralités concernent certains troubles de longue durée induits par une substance : des troubles neurocognitifs associés à une substance qui sont liés à des affections telles qu'un trouble neurocognitif induit par l'alcool, un trouble neurocognitif induit par une substance inhalée et un trouble neurocognitif induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, et un trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (« flashbacks », cf. « Troubles liés aux hallucinogènes » plus loin dans ce chapitre). Cependant, la plupart des autres troubles mentaux induits par une substance/un médicament, quelle que soit la gravité des symptômes, sont à même de s'améliorer relativement rapidement en cas d'abstinence et non susceptibles de rester cliniquement significatifs plus d'un mois après l'arrêt complet de la consommation.

Comme c'est le cas pour de nombreuses conséquences de la consommation massive d'une substance, certaines personnes sont plus sujettes aux troubles spécifiques induits par une substance que d'autres (Alia-Klein et al. 2011 ; Fu et al. 2002 ; Nunes et al. 2006 ; Nurnberger et al. 2004). Des types similaires de prédispositions peuvent rendre certains individus plus susceptibles de développer des effets secondaires psychiatriques à certains types de médicaments mais pas à d'autres. Cependant, il est difficile de savoir si les personnes ayant des antécédents familiaux ou personnels de syndromes psychiatriques indépendants sont plus susceptibles de développer un syndrome induit une fois qu'il a été établi que la quantité et la fréquence de la substance étaient suffisantes pour conduire au développement d'un syndrome induit par une substance.

Des données montrent que la consommation de substances donnant lieu à abus ou de certains médicaments ayant des effets secondaires psychiatriques dans le cadre d'un trouble mental préexistant est susceptible d'entraîner une intensification du syndrome indépendant préexistant (Fu et al. 2002 ; Swendsen et al. 2010). Le risque de troubles mentaux induits par une substance/un médicament est susceptible d'augmenter à la fois avec la quantité et la fréquence de consommation de la substance concernée.

Les profils symptomatiques des troubles mentaux induits par une substance/un médicament ressemblent à ceux des troubles mentaux indépendants (Caton et al. 2005 ; Hasin et al. 2006 ; Regier et al. 1990 ; Schuckit et al. 1997). Bien que les symptômes des troubles mentaux induits par une substance/un médicament puissent être identiques à ceux des troubles mentaux indépendants (p. ex. idées délirantes, hallucinations, psychoses, épisodes dépressifs caractérisés, syndromes anxieux), et bien qu'ils puissent avoir les mêmes conséquences graves (p. ex. le suicide) (Aharonovich et al. 2002), la plupart des troubles mentaux induits sont susceptibles de s'améliorer après quelques jours à quelques semaines d'abstinence (Brown et al. 1995 ; Gilder et al. 2004 ; Nunes et Rounsaville 2006 ; Schuckit et al. 2007).

Les troubles mentaux induits par une substance/un médicament sont une partie importante des diagnostics différentiels des troubles psychiatriques indépendants. L'importance de reconnaître un trouble mental induit est comparable à la pertinence de l'identification du rôle possible de certaines affections médicales et réactions médicamenteuses dans le diagnostic d'un trouble mental indépendant. Les symptômes des troubles mentaux induits par une substance et par un médicament peuvent être

identiques en tout point à ceux des troubles mentaux indépendants mais ont des traitements et des pronostics différents de l'affection indépendante.

Retentissement fonctionnel des troubles mentaux induits par une substance/un médicament

Les mêmes conséquences que pour les troubles mentaux indépendants (p. ex. tentatives de suicide) sont susceptibles d'être observées également pour les troubles mentaux induits par une substance/un médicament mais à même de disparaître dans le mois qui suit l'abstinence. De façon similaire, les mêmes conséquences fonctionnelles associées à un trouble de l'usage d'une substance sont susceptibles d'être observées avec les troubles mentaux induits par une substance.

Procédures d'enregistrement pour les troubles mentaux induits par une substance/un médicament

Les notes de codage et les procédures séparées d'enregistrement pour les codes CIM-9-MC et CIM-10-MC des autres troubles mentaux spécifiques induits par une substance/un médicament sont présentées dans d'autres chapitres de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (*cf.* les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans les chapitres suivants : « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques », « Troubles bipolaires et apparentés », « Troubles dépressifs », « Troubles anxieux », « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés », « Troubles du rythme circadien », « Dysfonctions sexuelles » et « Troubles neurocognitifs »). Généralement, dans la CIM-9-MC, lorsqu'un trouble mental est induit par un trouble de l'usage d'une substance, un code diagnostique séparé est donné pour le trouble spécifique lié à la consommation de substance, en sus du code pour le trouble mental induit par une substance/un médicament. Dans la CIM-10-MC, un code unique combine le trouble mental induit par une substance et le trouble de l'usage d'une substance. Un diagnostic séparé de trouble associé lié à la consommation d'une substance n'est pas porté, bien que le nom et la sévérité du trouble spécifique lié à la consommation d'une substance (lorsque présent) soient utilisés lors de l'enregistrement du trouble mental induit par une substance/un médicament. Les codes CIM-10-MC sont aussi fournis pour des situations où le trouble mental induit par une substance/un médicament n'est pas induit par un trouble de l'usage d'une substance (p. ex. lorsqu'un trouble est induit par la consommation unique d'une substance ou d'un médicament). Les informations additionnelles nécessaires pour enregistrer le terme diagnostique d'un trouble mental induit par une substance/un médicament se trouvent dans le paragraphe « Procédures d'enregistrement » de chaque trouble mental induit par une substance/un médicament dans leur chapitre respectif.

Troubles liés à l'alcool

Trouble de l'usage de l'alcool
Intoxication par l'alcool
Sevrage de l'alcool
Autres troubles induits par l'alcool
Trouble lié à l'alcool non spécifié

Trouble de l'usage de l'alcool

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
 5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
 8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
 11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (*cf.* les critères A et B du sevrage de l'alcool, p. 653).
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut être rempli).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut être rempli).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool est limité.

Code reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par l'alcool, un sevrage de l'alcool ou un autre trouble mental induit par l'alcool est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage de l'alcool. Le trouble comorbide de l'usage de l'alcool est indiqué à la place par le 4^e caractère du

code du trouble induit par l'alcool (cf. la note de codage pour l'intoxication par l'alcool, le sevrage de l'alcool ou un autre trouble mental spécifique induit par l'alcool). Par exemple, s'il y a une intoxication par l'alcool comorbide à un trouble de l'usage de l'alcool, seul le code de l'intoxication par l'alcool est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage de l'alcool est léger, moyen ou grave : F10.129 pour un trouble léger de l'usage de l'alcool avec intoxication par l'alcool ou F10.229 pour un trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool avec intoxication par l'alcool.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.00 (F10.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

303.90 (F10.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

303.90 (F10.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire de la rémission lorsque la personne est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (p. ex. en rémission précoce et dans un environnement protégé ou en rémission prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction des substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

La gravité du trouble repose sur le nombre de critères diagnostiques présents. Chez un individu donné, les changements au cours du temps de la sévérité du trouble de l'usage de l'alcool sont aussi reflétés par les réductions dans la fréquence (p. ex. le nombre de jours de consommation d'alcool par mois) et/ou de la dose d'alcool consommée (p. ex. le nombre de verres standards consommés par jour), rapportées par le sujet lui-même, par des proches ou par les observations du clinicien et, lorsque c'est réalisable, par les examens biologiques (p. ex. des élévations des bilans sanguins décrites dans « Marqueurs diagnostiques » de ce trouble).

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble de l'usage de l'alcool est défini par un ensemble de symptômes physiques et comportementaux qui peuvent inclure le syndrome de sevrage, la tolérance et l'envie impérieuse (*craving*) d'alcool. Le sevrage de l'alcool est caractérisé par des symptômes de sevrage qui se développent environ 4 à 12 heures après la réduction des consommations dans un contexte d'usage d'alcool prolongé et massif (Schuckit 2012). Puisque le sevrage de l'alcool peut être désagréable et intense, les sujets peuvent continuer à consommer de l'alcool en dépit des conséquences indésirables, souvent pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage. Certains symptômes de sevrage (p. ex. problèmes de sommeil) peuvent persister à une moindre intensité pendant des mois et contribuer à la rechute. Lorsqu'un mode de consommation intense et répétitif s'installe, les sujets ayant un trouble de l'usage de l'alcool peuvent consacrer d'importantes périodes de temps à obtenir et à consommer des boissons alcooliques.

Une envie impérieuse d'alcool est indiquée par un fort désir de boire qui empêche de penser à autre chose et qui se termine souvent par la prise d'alcool (Hintzen et al. 2011). Les performances à l'école et au travail peuvent aussi souffrir, soit des effets après-coup de l'alcoolisation, soit de l'intoxication pendant l'école ou au travail ; la surveillance des enfants ou les tâches ménagères peuvent se trouver négligées ; et des absences au travail ou à l'école liées à l'alcool peuvent avoir lieu. La personne peut consommer de l'alcool dans des situations physiquement dangereuses (p. ex. conduire une automobile, nager, faire fonctionner une machine en état d'intoxication). Enfin, les sujets ayant un

trouble de l'usage de l'alcool peuvent continuer à consommer de l'alcool tout en sachant qu'une consommation qui continue pose des problèmes significatifs au niveau physique (p. ex. trous noirs, maladie hépatique), psychologique (p. ex. dépression), social ou interpersonnel (p. ex. disputes violentes avec le conjoint lors d'une intoxication, maltraitance sur enfants).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le trouble de l'usage de l'alcool est souvent associé à des problèmes similaires à ceux liés à d'autres substances (p. ex. cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques). L'alcool peut être utilisé pour atténuer les effets indésirables de ces autres substances ou pour s'y substituer lorsqu'elles ne sont pas disponibles. Des symptômes de troubles des conduites, de dépression, d'anxiété et d'insomnie accompagnent fréquemment l'alcoolisation massive et parfois la précèdent.

Les prises répétées de doses élevées d'alcool peuvent affecter quasiment tous les organes, notamment le tractus gastro-intestinal, le système cardiovasculaire et le système nerveux central et périphérique (Schuckit 2006b ; Schuckit 2011). Les effets gastro-intestinaux incluent les gastrites, les ulcères gastriques ou duodénaux et, chez environ 15 % des sujets qui consomment de l'alcool massivement, une cirrhose du foie et/ou une pancréatite. Il existe également un taux augmenté de cancer de l'œsophage, de l'estomac, ainsi que d'autres segments du tractus gastro-intestinal. Une des affections la plus souvent associée est une hypertension artérielle de bas grade. La cardiomyopathie et d'autres myopathies sont moins fréquentes mais surviennent à un taux plus élevé chez ceux qui boivent très massivement. Ces facteurs associés à l'augmentation importante des taux de triglycérides et de cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité contribuent au risque élevé de maladie cardiaque. Des neuropathies périphériques peuvent être mises en évidence par la faiblesse musculaire, des paresthésies et la diminution de la sensibilité périphérique. Les effets plus pérennes au niveau du système nerveux central comprennent des déficits cognitifs, l'atteinte sévère de la mémoire et des changements dégénératifs au niveau du cervelet. Ces effets sont liés aux effets directs de l'alcool ou d'un traumatisme et aux carences en vitamines (particulièrement en vitamines B, dont la thiamine). Un effet dévastateur au niveau du système nerveux central est le relativement rare trouble amnésique persistant induit par l'alcool, ou syndrome de Wernicke-Korsakoff, dans lequel la capacité à encoder de nouveaux souvenirs est sévèrement atteinte. Cette affection est à présent décrite dans le chapitre « Troubles neurocognitifs » et dénommée *trouble neurocognitif induit par une substance/un médicament*.

Le trouble de l'usage de l'alcool contribue de manière importante au risque suicidaire lors d'une intoxication sévère et dans le contexte d'un trouble temporaire dépressif et bipolaire induit par l'alcool. Le taux de conduites suicidaires ainsi que de suicides parmi les sujets présentant ce trouble est majoré.

Prévalence

Le trouble de l'usage de l'alcool est un trouble courant. Aux États-Unis, sa prévalence sur 12 mois est estimée à 4,6 % chez les sujets de 12-17 ans et à 8,5 % chez les adultes à partir de 18 ans. Les taux du trouble sont plus importants chez les hommes (12,4 %) que chez les femmes (4,9 %). La prévalence sur 12 mois du trouble de l'usage de l'alcool chez les adultes diminue à l'âge mur ; elle est la plus élevée chez les sujets de 18-29 ans (16,2 %) et la plus faible chez les personnes de plus de 65 ans (1,5 %).

La prévalence sur 12 mois varie grandement en fonction des sous-groupes ethniques de la population américaine. Chez les sujets de 12-17 ans, les taux sont les plus élevés parmi les Hispaniques (6,0 %), les natifs américains et les natifs d'Alaska (5,7 %) que

chez les blancs (5,0 %), les Afro-Américains (1,8 %) et les Américains d'origine asiatique et les natifs des îles du Pacifique (1,6 %). En revanche, chez les adultes, la prévalence sur 12 mois du trouble de l'usage de l'alcool est clairement plus importante parmi les natifs américains et les natifs d'Alaska (12,1 %) que parmi les blancs (8,9 %), les Hispaniques (7,9 %) les Afro-Américains (6,9 %), les Américains d'origine asiatique et les natifs des îles du Pacifique (4,5 %).

Développement et évolution

Le premier épisode d'intoxication par l'alcool est susceptible de survenir pendant l'adolescence. Des problèmes liés à l'alcool qui ne répondent pas aux critères complets d'un trouble de l'usage ou des problèmes isolés peuvent survenir avant l'âge de 20 ans mais l'âge du début d'un trouble de l'usage de l'alcool caractérisé par la présence simultanée de deux critères ou plus culmine vers la fin de l'adolescence ou la première moitié de la vingtaine (Schuckit 2009a ; Trim et al. 2009). La grande majorité des personnes ayant des troubles liés à l'alcool les développent avant la fin de la trentaine. Les premiers signes de sevrage ne sont susceptibles d'apparaître qu'après que de nombreux autres aspects d'un trouble de l'usage de l'alcool se soient développés. Un début plus précoce d'un trouble de l'usage de l'alcool est observé chez les adolescents ayant des troubles des conduites préexistants et chez ceux ayant un début plus précoce d'intoxication (Sartor et al. 2009).

Le trouble de l'usage de l'alcool a une évolution variable caractérisée par des périodes de rémission et de rechutes (Moos et Moos 2006 ; Rumpf et al. 2006 ; Schuckit et Smith 2011). La décision d'arrêter de boire, souvent en réponse à une crise, est susceptible d'être suivie par une période d'abstinence de plusieurs semaines ou plus, laquelle est souvent suivie par des périodes limitées de consommation contrôlée ou non problématique. Cependant, à partir du moment où l'usage de l'alcool reprend, il est très probable que la consommation va augmenter rapidement et que des problèmes sévères vont recommencer.

Le trouble de l'usage de l'alcool est souvent perçu à tort comme une condition intraitable, peut-être du fait que les patients qui se présentent pour un traitement ont typiquement une histoire ancienne de problèmes graves liés à l'alcool. Cependant, ces cas les plus sévères représentent seulement une faible proportion des personnes ayant ce trouble, et typiquement l'individu présentant ce trouble a un pronostic beaucoup plus favorable.

Parmi les adolescents, les troubles des conduites et les comportements antisociaux répétés sont souvent associés à des troubles liés à l'alcool et à d'autres substances (Dick et al. 2006). Alors que la plupart des sujets ayant un trouble lié à l'alcool développent cette affection avant l'âge de 40 ans, environ 10 % ont un début plus tardif (Gossop et Moos 2008 ; Schuckit et Smith 2011). Du fait des changements physiques liés à l'âge, les individus d'âge mûr ont une susceptibilité cérébrale accrue aux effets déprimeurs de l'alcool, une moindre vitesse de métabolisme hépatique de nombreuses substances dont l'alcool, et un moindre pourcentage d'eau corporelle. Chez les personnes d'âge mûr, ces changements peuvent provoquer des intoxications plus sévères et des problèmes subséquents pour des niveaux de consommation plus faibles. Les problèmes liés à l'alcool chez les sujets d'âge mûr sont aussi particulièrement susceptibles d'être associés à d'autres complications médicales.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Les facteurs de risque environnementaux et pronostiques incluent les attitudes culturelles vis-à-vis de la consommation d'alcool et de l'intoxication, la disponibilité de l'alcool (y compris son prix), les expériences personnelles acquises avec l'alcool, et les niveaux de stress. Des facteurs potentiels additionnels pouvant

favoriser le développement de problèmes d'alcool chez des sujets prédisposés incluent les consommations importantes de substances des pairs, les attentes positives démesurées concernant les effets de l'alcool, et des manières suboptimales de gérer le stress (Schuckit et al. 2011).

Génétiques et physiologiques. Le trouble de l'usage de l'alcool a souvent un aspect familial, avec 40-60 % de la variance du risque expliqués par les influences génétiques (Nurnberger et Bierut 2007 ; Schuckit 2009b). Le taux de cette affection est trois à quatre fois plus élevé chez les proches parents des sujets ayant un trouble de l'usage de l'alcool, avec des valeurs d'autant plus élevées que le nombre de proches atteints est grand, que les liens génétiques avec la personne affectée sont proches et que la sévérité des problèmes liés à l'alcool chez ces proches est importante. Un taux significativement plus élevé de troubles liés à la consommation d'alcool existe chez le jumeau monozygote que chez le jumeau dizygote d'un sujet ayant le trouble. Une augmentation d'un facteur trois à quatre du risque a été observée chez les enfants des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool, même quand ceux-ci étaient abandonnés pour adoption à la naissance et élevés par des parents adoptifs qui n'avaient pas ce trouble.

Des progrès récents dans notre compréhension des gènes qui agissent à travers des caractéristiques intermédiaires (ou phénotypes) pour modifier le risque de trouble de l'usage de l'alcool peuvent aider à identifier des sujets qui seraient particulièrement à bas ou à haut risque pour ce trouble (Schuckit 2009b). Parmi les phénotypes à bas risque se trouvent les rougeurs cutanées aiguës liées à l'alcool (observées de façon plus prédominante chez les Asiatiques). Une grande vulnérabilité est associée à une schizophrénie préexistante ou au trouble bipolaire, de même qu'à l'impulsivité (entraînant une majoration des taux de tous les troubles liés à la consommation d'une substance et du jeu d'argent pathologique), et un haut risque spécifiquement pour le trouble de l'usage de l'alcool est associé à un bas niveau de réponse à l'alcool (sensibilité basse). Un certain nombre de variations génétiques peuvent être responsables d'une réponse basse à l'alcool ou d'une modulation des systèmes de récompense dopaminergiques ; cependant il est important de noter que n'importe quelle variation génétique est susceptible de n'expliquer que 1-2 % du risque de ces troubles.

Facteurs influençant l'évolution. En général, des niveaux élevés d'impulsivité sont associés à un trouble de l'usage de l'alcool de début plus précoce et plus sévère.

Questions diagnostiques liées à la culture

Dans la plupart des cultures, l'alcool est la substance enivrante la plus utilisée et contribue à une mortalité et une morbidité considérables. On estime que 3,8 % de tous les décès dans le monde et 4,6 % de l'ensemble des années de vie corrigées de l'incapacité sont imputables à l'alcool. Aux États-Unis, 80 % des adultes (âgés de plus de 18 ans) ont consommé de l'alcool à un moment donné de leur vie, et 65 % sont des buveurs actuels (sur les 12 derniers mois) (Pleis et al. 2010). On estime que 3,6 % de la population mondiale (15-64 ans) a un trouble actuel (sur les 12 derniers mois) lié à la consommation d'alcool, avec une prévalence plus basse (1,1 %) retrouvée sur le continent africain, un taux plus élevé (5,2 %) sur le continent américain (Nord, Sud, Amérique centrale et Caraïbes). Le taux le plus élevé (10,9 %) est retrouvé en Europe de l'Est (Rehm et al. 2009).

Des polymorphismes génétiques pour les enzymes qui métabolisent l'alcool, l'alcool-déshydrogénase et l'aldéhyde-déshydrogénase sont le plus souvent observés chez les Asiatiques et affectent la réponse à l'alcool. Lorsqu'ils consomment de l'alcool, les sujets avec ces variations génétiques peuvent présenter une rougeur de la face et des palpitations ; ces réactions peuvent être si sévères qu'elles limitent ou préviennent une consommation future d'alcool et diminuent le risque d'un trouble lié à la consommation

d'alcool. Ces variations génétiques sont observées chez 40 % des Japonais, Chinois, Coréens et groupes apparentés dans le monde et sont liées à des risques plus bas pour le trouble (Eng et al. 2007 ; Tan et al. 2010).

Malgré de petites variations en ce qui concerne les items critériologiques individuels, les critères diagnostiques fonctionnent aussi bien dans la plupart des races/groupes ethniques (Borges et al. 2010 ; Harford et al. 2009 ; Saha et al. 2007).

Questions diagnostiques liées au genre

Les hommes ont des taux de consommation d'alcool et de troubles associés plus élevés que les femmes. Cependant, puisque les femmes ont un poids habituellement inférieur, plus de graisses et moins d'eau dans leur corps, et métabolisent moins l'alcool dans leur œsophage et leur estomac que les hommes, elles sont susceptibles de développer des alcoolémies plus élevées pour une même consommation d'alcool. Les femmes qui boivent massivement seraient également plus vulnérables que les hommes à certaines conséquences physiques associées à l'alcool, dont les maladies hépatiques.

Marqueurs diagnostiques

Les sujets ayant une consommation massive d'alcool ont un risque plus élevé de trouble de l'usage de l'alcool et peuvent être identifiés à la fois par des questionnaires standardisés et par des valeurs élevées dans les résultats des tests sanguins susceptibles d'être observées en cas de consommation massive régulière d'alcool. Ces mesures ne posent pas le diagnostic de trouble lié à l'alcool mais peuvent être utiles afin d'identifier des patients pour lesquels il faudrait recueillir plus d'informations. L'examen le plus direct actuellement disponible pour mesurer la consommation ponctuelle d'alcool est la *concentration d'alcool dans le sang*, qui peut également être utilisée pour juger de la tolérance à l'alcool. Par exemple, on peut présumer qu'un individu qui ne présente pas de signes d'intoxication avec une concentration de 150 mg d'éthanol par décilitre (dL) de sang a acquis au moins un certain degré de tolérance à l'alcool. À 200 mg/dL, la plupart des sujets qui n'ont pas de tolérance présentent une intoxication sévère.

Concernant les tests sanguins (Conigrave et al. 2002 ; Niemelä 2007), un indicateur paraclinique sensible d'une consommation massive d'alcool est l'élévation modeste ou à la limite supérieure de la normale (> 35 unités) des taux de gamma-glutamyl-transférase (GGT). Ceci peut être la seule anomalie biologique. Au moins 70 % des sujets ayant un niveau élevé de GGT sont des forts consommateurs réguliers (c.-à-d. consommant au moins 8 verres par jour de manière régulière). Un deuxième examen ayant une sensibilité et une spécificité comparables, voire supérieures, est le dosage de la transferrine désialylée (*Carbohydrate Deficient Transferrin*, CDT), dont des taux supérieurs à 20 unités sont utiles pour identifier les personnes qui consomment régulièrement au moins 8 verres par jour. Puisque les taux des GGT comme ceux des CDT reviennent à la normale dans les jours ou semaines qui suivent l'arrêt de l'alcoolisation, ces deux marqueurs d'état peuvent être utiles pour surveiller l'abstinence, particulièrement lorsque le clinicien observe une augmentation de ces valeurs avec le temps, plutôt qu'une diminution, résultat indiquant que la personne est susceptible d'être revenue à une consommation massive d'alcool. L'association du dosage de la CDT et des GGT peut même avoir une sensibilité et une spécificité plus élevées que l'un ou l'autre des dosages seuls. Des examens additionnels utiles incluent le volume globulaire moyen (VGM), qui peut être élevé ou dans la limite supérieure de la normale chez les individus qui boivent excessivement, du fait des effets toxiques directs de l'alcool sur l'érythropoïèse. Bien que le VGM puisse être utilisé pour aider à identifier ceux qui

boivent excessivement, il s'agit d'une méthode peu fiable pour surveiller l'abstinence, du fait de la demi-vie longue des globules rouges. Les tests de la fonction hépatique (p. ex. transaminase sérique glutamique oxalo-acétique [SGOT] et phosphatases alcalines) peuvent mettre en évidence une atteinte hépatique qui est une conséquence des consommations excessives. D'autres marqueurs potentiels d'une consommation excessive d'alcool qui sont moins spécifiques pour l'alcool mais qui peuvent orienter le clinicien vers les effets possibles de l'alcool incluent l'élévation des taux sanguins des lipides (p. ex. triglycérides et cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité) et les taux d'acide urique dans la limite supérieure de la normale.

Des marqueurs diagnostiques additionnels sont liés aux signes et symptômes qui reflètent les conséquences souvent associées aux consommations excessives régulières. Par exemple, la dyspepsie, les nausées et les éructations peuvent accompagner une gastrite, et une hépatomégalie, des varices œsophagiennes et des hémorroïdes peuvent refléter des changements induits par l'alcool au niveau du foie. D'autres signes physiques de consommation massive comprennent les tremblements, la démarche ébrieuse, l'insomnie et les troubles de l'érection. Les hommes ayant un trouble chronique lié à la consommation d'alcool peuvent présenter une diminution de la taille des testicules et des signes de féminisation associés à une diminution des taux de testostérone. Les consommations excessives régulières chez les femmes sont associées aux irrégularités menstruelles et, pendant la grossesse, aux fausses couches spontanées et au syndrome d'alcoolisation fœtale. Les sujets ayant des antécédents connus d'épilepsie ou de traumatisme crânien sévère sont plus susceptibles de développer des crises convulsives liées à l'alcool. Le sevrage de l'alcool peut être associé aux nausées, aux vomissements, à une gastrite, à une hématomatose, à une sécheresse de la bouche, à une érythrose et à une couperose faciales et à des œdèmes périphériques modérés.

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage de l'alcool

Les caractéristiques diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool mettent l'accent sur les grands domaines du fonctionnement susceptibles d'être altérés. Ceux-ci incluent la conduite et l'utilisation de machines, l'école et le travail, les relations interpersonnelles, la communication et la santé. Les troubles liés à l'alcool contribuent à l'absentéisme au travail, aux accidents de travail et à une faible productivité du personnel. Le taux des troubles liés à l'alcool est élevé chez les sans domicile fixe, ce qui traduirait une spirale descendante au niveau du fonctionnement social et professionnel, bien que la plupart des sujets ayant un trouble de l'usage de l'alcool continuent à vivre en famille et maintiennent leur activité professionnelle.

Le trouble de l'usage de l'alcool est associé à une augmentation significative du risque d'accidents, de violence et de suicide (Hill et al. 2009). On estime qu'une admission en soins intensifs sur cinq dans certains hôpitaux de ville est en rapport avec l'alcool et que 40 % des personnes aux États-Unis ont eu un événement indésirable lié à l'alcool à un moment donné de leur vie, l'alcool étant responsable de jusqu'à 55 % des accidents mortels de la route. Un trouble grave lié à la consommation d'alcool, notamment chez les sujets ayant une personnalité antisociale, est associé à la perpétration d'actes criminels, incluant les homicides. Une consommation d'alcool problématique d'intensité sévère contribue également à la désinhibition et aux sentiments de tristesse et d'irritabilité, ce qui contribue aux tentatives de suicide et aux suicides aboutis.

Le sevrage de l'alcool imprévu chez des sujets hospitalisés pour lesquels le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool a été négligé peut augmenter les risques et les coûts de l'hospitalisation ainsi que la durée du séjour hospitalier.

Diagnostic différentiel

Consommation non pathologique d'alcool. L'élément clé du trouble de l'usage de l'alcool est la consommation de doses massives d'alcool avec une détresse significative et répétée ou une altération du fonctionnement. Alors que la plupart des buveurs consomment parfois suffisamment d'alcool pour se sentir intoxiqués, seulement une minorité (moins de 20 %) développera un trouble de l'usage de l'alcool. Ainsi, le fait de boire, même quotidiennement, en petites quantités et les intoxications occasionnelles ne suffisent pas en soi à porter le diagnostic.

Trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Les signes et symptômes du trouble de l'usage de l'alcool sont similaires à ceux observés dans le trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Cependant les deux troubles doivent être différenciés parce que leur évolution peut être différente, particulièrement en ce qui concerne les complications médicales.

Trouble des conduites dans l'enfance et troubles de la personnalité antisociale chez l'adulte. Le trouble de l'usage de l'alcool, ainsi que d'autres troubles liés à la consommation de substances, est observé chez la majorité des sujets ayant un trouble de la personnalité antisociale et un trouble des conduites préexistants. Étant donné que ces diagnostics sont associés avec un trouble de l'usage de l'alcool de début précoce ainsi qu'au pronostic plus péjoratif, il est important de différencier ces deux conditions.

Comorbidité

Les troubles bipolaires, la schizophrénie et le trouble de la personnalité antisociale sont associés à une augmentation importante du taux de troubles liés à la consommation d'alcool, et plusieurs troubles anxieux et dépressifs peuvent également être liés au trouble de l'usage de l'alcool. L'association décrite entre la dépression et les troubles moyens à graves liés à la consommation d'alcool peut être partiellement imputable aux symptômes dépressifs comorbides induits par l'alcool, qui résultent des effets aigus d'une intoxication ou d'un sevrage (Schuckit 2006a). Les intoxications alcooliques sévères et répétées peuvent diminuer les mécanismes immunitaires et prédisposent les sujets aux infections et augmentent le risque de cancer.

Intoxication par l'alcool

Critères diagnostiques

- A. Ingestion récente d'alcool.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.
- C. Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool :
 - 1. Discours bredouillant.
 - 2. Incoordination motrice.
 - 3. Démarche ébrieuse.
 - 4. Nystagmus.
 - 5. Altération de l'attention ou de la mémoire.
 - 6. Stupeur ou coma.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **303.00**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il existe ou non un trouble comorbide de l'usage de l'alcool. S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage de l'alcool, le code CIM-10-MC est **F10.129**, et s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage de l'alcool, le code CIM-10-MC est **F10.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage de l'alcool, alors le code CIM-10-MC est **F10.929**.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'intoxication par l'alcool est la présence de modifications inadaptées, cliniquement significatives, comportementales ou psychologiques (p. ex. comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'ingestion d'alcool (critère B). Ces changements s'accompagnent d'une altération du fonctionnement et du jugement et, si l'intoxication est intense, peuvent provoquer un coma mortel. Les symptômes ne doivent pas être dus à une autre affection médicale (acidocétose diabétique), ne sont pas le reflet d'affections telles qu'un état confusionnel, et ne sont pas liés à une intoxication par une autre substance sédatrice (p. ex. les benzodiazépines) (critère D). L'incoordination peut atteindre un niveau tel qu'elle interfère avec la capacité à conduire et la réalisation des activités habituelles au point de causer des accidents. La preuve de la prise d'alcool peut être obtenue par l'odeur alcoolique de l'haleine du sujet, en obtenant de sa part ou d'un autre observateur des informations sur les antécédents et, si nécessaire, en procédant aux analyses toxicologiques dans l'air expiré, le sang ou les urines.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

L'intoxication par l'alcool est parfois associée à une amnésie des événements qui se sont déroulés au cours de l'intoxication (« trous noirs ») (Nelson et al. 2004). Ce phénomène peut être lié à la présence d'un taux élevé d'alcool dans le sang et, peut-être, à la vitesse à laquelle ce taux est atteint. Au cours d'une intoxication par l'alcool, même légère, divers symptômes sont susceptibles d'être observés à différents moments. La mise en évidence d'une intoxication par l'alcool légère peut être observée chez la plupart des sujets après environ deux verres (chaque verre standard contient environ 10-12 g d'éthanol et augmente le taux d'alcool dans le sang d'environ 20 mg/dL). Au début de l'alcoolisation, lorsque les taux d'alcool sanguins s'élèvent, les symptômes incluent souvent une loquacité, une sensation de bien-être et une humeur gaie et exaltée. Plus tard, particulièrement lorsque les taux d'alcool dans le sang baissent, le sujet est susceptible de devenir progressivement plus déprimé, en retrait, et cognitivement altéré. Aux taux sanguins d'alcool très élevés (p. ex. 200-300 mg/dL), une personne qui n'a pas développé de tolérance à l'alcool est susceptible de s'endormir et de trouver un premier palier d'anesthésie. Les taux sanguins d'alcool plus élevés (p. ex. supérieurs à 300-400 mg/dL) peuvent causer une dépression cardio-respiratoire et même la mort chez des sujets non tolérants. La durée de l'intoxication dépend de la quantité d'alcool consommée et de la période de consommation. En général, l'organisme est capable de métaboliser environ un verre par heure, ainsi le taux sanguin d'alcool décroît habituellement à une vitesse de 15-20 mg/dL par heure. Les signes et les symptômes d'intoxication sont probablement plus intenses quand le taux d'alcool monte que lorsqu'il baisse.

L'intoxication par l'alcool joue un rôle important dans le comportement suicidaire. Il semble qu'il y ait un taux plus élevé de conduites suicidaires et de suicides aboutis chez les personnes intoxiquées à l'alcool.

Prévalence

La grande majorité des consommateurs d'alcool sont susceptibles d'avoir été intoxiqués dans une certaine mesure à un moment donné de leur vie. Par exemple, en 2010, 44 % des étudiants en terminale ont admis avoir été « ivres au cours de l'année passée », de même que 70 % des étudiants à l'université (Johnston et al. 2009).

Développement et évolution

L'intoxication se manifeste par un épisode qui se développe habituellement en quelques minutes ou quelques heures et dure typiquement plusieurs heures. Aux États-Unis, l'âge moyen de la première intoxication est d'environ 15 ans, avec la plus forte prévalence aux alentours de 18-25 ans. La fréquence et l'intensité diminuent habituellement avec l'âge. Plus l'âge du début des intoxications régulières est précoce, plus la personne est susceptible de développer ensuite un trouble de l'usage de l'alcool (Dawson et al. 2008).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les épisodes d'intoxication par l'alcool augmentent en présence de traits de personnalité impulsifs ou de recherches de sensations.

Environnementaux. Les épisodes d'intoxication par l'alcool augmentent dans un environnement où la consommation d'alcool est importante.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les aspects importants reflètent les différences culturelles vis-à-vis de l'ensemble de la consommation d'alcool. Ainsi, les fraternités et les sororités universitaires peuvent inciter à l'intoxication par l'alcool. Cette affection est également fréquente à certaines dates significatives sur le plan culturel (p. ex. le réveillon du nouvel an) et, pour certains sous-groupes, pendant des événements spécifiques (p. ex. les veillées mortuaires). Certains sous-groupes encouragent la prise d'alcool lors des rites religieux (p. ex. fêtes juives ou catholiques), tandis que d'autres découragent fortement toute prise d'alcool ou intoxication (p. ex. certains groupes religieux, tels que les mormons, les chrétiens fondamentalistes et les musulmans).

Questions diagnostiques liées au genre

Historiquement, dans de nombreuses sociétés occidentales, l'acceptation de la boisson et de l'ivresse est plus tolérée chez les hommes, bien que cette différence s'estompe ces dernières années, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes.

Marqueurs diagnostiques

L'ivresse est habituellement reconnue par l'observation du comportement d'un individu et l'odeur alcoolisée de l'haleine. Le degré d'intoxication augmente avec le niveau d'alcool dans l'air expiré ou dans le sang du sujet et avec la consommation d'autres substances, en particulier celles ayant des effets sédatifs.

Retentissement fonctionnel de l'intoxication par l'alcool

L'intoxication par l'alcool contribue chaque année à plus de 30 000 décès liés à la consommation d'alcool aux États-Unis. De plus, l'intoxication par l'alcool contribue à des coûts colossaux associés à la conduite en état d'ivresse, à l'absentéisme à l'école ou au travail, ainsi qu'aux disputes interpersonnelles et aux bagarres.

Diagnostic différentiel

Autres affections médicales. Différentes affections médicales (p. ex. acidocétose diabétique) et neurologiques (p. ex. ataxie cérébelleuse, sclérose en plaques) peuvent temporairement ressembler à une intoxication par l'alcool.

Intoxication par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. L'intoxication par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ou à d'autres substances sédatives (p. ex. les substances antihistaminiques, anticholinergiques) peut être diagnostiquée à tort comme une intoxication par l'alcool. Le diagnostic différentiel repose sur la présence d'une odeur alcoolisée de l'haleine, le dosage des taux d'alcool dans le sang et dans l'air expiré, le bilan médical et une bonne anamnèse. Les signes et symptômes d'une intoxication par une substance sédatrice-hypnotique sont très similaires à ceux observés avec l'alcool et incluent des modifications comportementales et psychologiques inadaptées similaires. Ces modifications s'accompagnent des preuves d'une altération du fonctionnement et du jugement – qui, lorsque l'intoxication est sévère, peut causer un coma potentiellement mortel – et un niveau d'incoordination qui peut interférer avec les capacités à conduire et avec la réalisation des activités habituelles. Cependant, il n'y a pas d'odeur comme avec l'alcool, et les preuves d'un mésusage de la substance dépresseur sont susceptibles d'être obtenues par les analyses toxicologiques du sang ou des urines.

Comorbidité

L'intoxication par l'alcool peut être associée à une intoxication par une autre substance, en particulier chez les sujets ayant un trouble des conduites ou un trouble de la personnalité antisociale.

Sevrage de l'alcool

Critères diagnostiques

- A. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé.
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool décrit dans le critère A :
 - 1. Hyperactivité neurovégétative (p. ex. transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute).
 - 2. Augmentation du tremblement des mains.
 - 3. Insomnie.
 - 4. Nausées ou vomissements.
 - 5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives.
 - 6. Agitation psychomotrice.
 - 7. Anxiété.
 - 8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : Cette spécification s'applique dans le rare cas où le sujet présente des hallucinations (habituellement visuelles ou tactiles) sans

altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un état confusionnel (delirium).

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **291.81**. Le code CIM-10-MC pour le sevrage de l'alcool sans perturbations des perceptions est **F.10.239**, et le code CIM-10-MC pour le sevrage de l'alcool avec perturbations des perceptions est **F.10.232**. À noter que le code CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble de l'usage de l'alcool moyen ou grave, reflétant le fait que le sevrage de l'alcool peut survenir uniquement en présence d'un trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool. Il n'est pas permis de coder un trouble léger de l'usage de l'alcool avec un sevrage de l'alcool.

Spécifications

Lorsque les hallucinations surviennent en dehors d'un état confusionnel ou delirium (c.-à-d. sans altération de la conscience), un diagnostic de trouble psychotique induit par une substance/un médicament doit être envisagé.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du sevrage de l'alcool est la présence d'un syndrome caractéristique de sevrage qui se développe de quelques heures à quelques jours après l'interruption (ou la réduction) d'une utilisation massive et prolongée d'alcool (critères A et B) (Sannibale et al. 2005). Le syndrome de sevrage inclut au moins deux des symptômes décrits dans le critère B reflétant une hyperactivité neurovégétative et une anxiété, accompagnés de symptômes gastro-intestinaux (Schuckit 2009).

Les symptômes de sevrage causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les signes ou symptômes ne doivent pas être dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance (p. ex. un sevrage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) (critère D).

Les symptômes peuvent être soulagés par l'administration d'alcool ou de benzodiazépines (p. ex. diazépam). Les symptômes du sevrage débutent typiquement quand les concentrations sanguines d'alcool diminuent de manière abrupte (c.-à-d. dans les premières 4-12 heures) après l'arrêt ou la réduction de la prise d'alcool. Les symptômes de sevrage de l'alcool sont en général à leur acmé au cours du 2^e jour d'abstinence à cause du métabolisme relativement rapide de l'alcool, et sont susceptibles de s'améliorer de manière notable vers le 4^e ou 5^e jour. Toutefois, suite au sevrage aigu, les symptômes d'anxiété, d'insomnie et d'un dysfonctionnement neurovégétatif peuvent persister de manière moins intense jusqu'à 3 à 6 mois, à des niveaux d'intensité moins importants.

Moins de 10 % des sujets qui développent un sevrage de l'alcool présentent des symptômes spectaculaires (p. ex. hyperactivité neurovégétative sévère, tremblements, état confusionnel [delirium] du sevrage de l'alcool). Des crises convulsives de type grand mal se produisent chez moins de 3 % des individus.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Bien que la confusion et des altérations du niveau de conscience ne soient pas des critères fondamentaux pour le sevrage de l'alcool, un état confusionnel (delirium) du sevrage de l'alcool (cf. « État confusionnel (delirium) » dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ») peut survenir dans un contexte de sevrage. De même que pour tout état confusionnel, agité, quelle qu'en soit la cause, l'état confusionnel (delirium) du sevrage de l'alcool peut inclure des hallucinations visuelles, tactiles ou (rarement)

auditives (delirium tremens) en plus d'une altération de la conscience et de la cognition. Une affection médicale est susceptible d'être présente (p. ex. insuffisance hépatique, pneumonie, saignement gastro-intestinal, séquelles de traumatisme crânien, hypoglycémie et trouble électrolytique, statut postopératoire) lorsqu'un état confusionnel (delirium) du sevrage de l'alcool se développe.

Prévalence

On estime qu'environ 50 % des individus de classe moyenne avec un bon niveau de fonctionnement et ayant un trouble de l'usage de l'alcool ont déjà fait un syndrome complet de sevrage de l'alcool. Chez les sujets ayant un trouble de l'usage de l'alcool hospitalisés ou sans abri, le taux de sevrage de l'alcool peut être supérieur à 80 %. Moins de 10 % des personnes en sevrage présentent un état confusionnel (delirium) du sevrage de l'alcool ou des crises convulsives de sevrage.

Développement et évolution

Le sevrage de l'alcool aigu est un épisode qui dure habituellement 4-5 jours et qui survient uniquement après des périodes prolongées de consommation massive. Le sevrage est relativement rare chez les sujets de moins de 30 ans, et le risque et la sévérité augmentent avec l'âge.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. La probabilité de développer un sevrage de l'alcool augmente avec la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool. La plupart des sujets présentant ce syndrome sont de grands consommateurs quotidiens, utilisant des quantités importantes (plus de 8 verres par jour environ) pendant de nombreux jours. Cependant, il existe de grandes différences interindividuelles, avec des risques accrus chez les personnes ayant des affections médicales comorbides, ceux avec des antécédents familiaux de sevrage de l'alcool (c.-à-d. une composante génétique), ceux avec des antécédents de sevrages, et ceux qui prennent des médicaments sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

Marqueurs diagnostiques

Une hyperactivité neurovégétative avec un taux d'alcoolémie moyennement élevé mais en baisse et une anamnèse indiquant une consommation d'alcool massive et prolongée sont en faveur d'un sevrage de l'alcool.

Retentissement fonctionnel du sevrage alcoolique

Les symptômes de sevrage peuvent contribuer à perpétuer des comportements de consommation d'alcool et à la rechute, aboutissant à une altération du fonctionnement social et professionnel. Des symptômes nécessitant une cure de désintoxication sous surveillance médicale impliquent l'utilisation de services hospitaliers et une baisse de la productivité au travail. En général, la présence d'un sevrage est associée à une plus grande altération du fonctionnement et à un plus mauvais pronostic.

Diagnostic différentiel

Autres affections médicales. Certaines affections médicales (p. ex. hypoglycémie et diabète acidocétosique) peuvent aussi imiter les symptômes de sevrage de l'alcool. Le tremblement essentiel, un trouble qui est souvent de nature familiale, peut faire évoquer à tort les tremblements associés au sevrage de l'alcool.

Sevrage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Le sevrage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques se manifeste par un syndrome très similaire à celui du sevrage de l'alcool.

Comorbidité

L'apparition d'un sevrage est d'autant plus probable que la consommation d'alcool est massive, et cela est le plus souvent retrouvé chez des sujets ayant un trouble des conduites et un trouble de la personnalité antisociale. Par ailleurs, le syndrome de sevrage est plus sévère chez les individus plus âgés, chez ceux qui sont également dépendants d'autres substances (sédatifs-hypnotiques), et chez ceux qui ont plus d'antécédents de sevrage de l'alcool.

Autres troubles induits par l'alcool

Les troubles induits par l'alcool suivants sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (*cf.* les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans les chapitres correspondants) : trouble psychotique induit par l'alcool (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble bipolaire induit par l'alcool (« Troubles bipolaires et apparentés »), trouble dépressif induit par l'alcool (« Troubles dépressifs »), trouble anxieux induit par l'alcool (« Troubles anxieux »), trouble du sommeil induit par l'alcool (« Troubles veille-sommeil »), dysfonction sexuelle induite par l'alcool (« Dysfonctions sexuelles »), trouble neurocognitif majeur ou léger induit par l'alcool (« Troubles neurocognitifs »).

Pour l'état confusionnel par intoxication par l'alcool et l'état confusionnel (delirium) du sevrage de l'alcool, voir les critères et la discussion sur l'état confusionnel (delirium) dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par l'alcool ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par l'alcool ou du sevrage de l'alcool que si les symptômes sont suffisamment graves pour justifier, en eux-mêmes, une prise en charge clinique.

Caractéristiques

Les profils symptomatiques d'une affection induite par l'alcool ressemblent à ceux des troubles mentaux indépendants décrits ailleurs dans le DSM-5 (Caton et al. 2005 ; Schuckit et al. 1997). Cependant, le trouble induit par l'alcool est temporaire et s'observe après une intoxication par l'alcool sévère et/ou un sevrage de l'alcool. Même si les symptômes peuvent être identiques à ceux des troubles mentaux indépendants (p. ex. psychoses, trouble dépressif caractérisé), et même s'ils peuvent avoir les mêmes conséquences graves (p. ex. tentatives de suicide), les troubles induits par l'alcool sont susceptibles de s'améliorer sans traitement formel en l'espace de quelques jours ou semaines après l'arrêt d'une intoxication sévère et/ou d'un sevrage (Brown et al. 1995 ; Gilder et al. 2004).

Chaque trouble mental induit par l'alcool est listé dans la section diagnostique correspondante et c'est pour cela que seule une description brève est proposée ici. Les troubles induits par l'alcool doivent s'être développés dans un contexte d'intoxication sévère et/ou de sevrage d'une substance capable d'induire le trouble mental. De plus, le trouble observé ne doit pas être mieux expliqué par un autre trouble mental non induit par l'alcool. Cette dernière situation est susceptible de survenir lorsque le trouble mental était présent avant l'intoxication sévère ou le sevrage, ou a continué plus d'un mois après l'arrêt d'une intoxication sévère et/ou d'un sevrage (Caton et al. 2005 ; Schuckit 2006).

Lorsque les symptômes sont observés seulement au cours d'un état confusionnel, ils doivent être considérés comme faisant partie de l'état confusionnel et non diagnostiqués séparément, étant donné que de nombreux symptômes (y compris des perturbations de l'humeur, anxieuses et de l'appréciation de la réalité) sont communément retrouvés au cours d'états d'agitation et de confusion. Le trouble induit par l'alcool doit être cliniquement pertinent, et entraîner des niveaux significatifs de détresse ou une altération significative du fonctionnement. Enfin, des données indiquent que la prise de substances donnant lieu à abus dans un contexte de trouble mental préexistant est susceptible d'entraîner une intensification du syndrome indépendant préexistant (Fu et al. 2002 ; Swendsen et al. 2010).

Les caractéristiques associées à chaque trouble mental caractérisé (p. ex. épisodes psychotiques, trouble dépressif caractérisé) sont les mêmes, qu'elles soient observées dans un trouble indépendant ou dans un trouble induit par l'alcool. Cependant, les sujets ayant des troubles induits par l'alcool sont susceptibles de présenter également les caractéristiques associées d'un trouble de l'usage de l'alcool, telles que présentées dans les sous-sections correspondantes de ce chapitre.

Les taux de troubles induits par l'alcool varient quelque peu selon la catégorie diagnostique. Par exemple, le risque vie entière d'épisode dépressif caractérisé chez les sujets ayant un trouble de l'usage de l'alcool est d'environ 40 %, mais entre environ un tiers et la moitié seulement correspondent à des syndromes dépressifs caractérisés indépendants observés en dehors d'un contexte d'intoxication. Des taux similaires de troubles du sommeil et de troubles anxieux induits par l'alcool sont possibles mais des épisodes psychotiques induits par l'alcool sont plutôt rares.

Développement et évolution

Une fois présents, les symptômes d'un trouble induit par l'alcool sont susceptibles de rester cliniquement significatifs tant que la personne présente une intoxication sévère et/ou un sevrage. Tandis que les symptômes sont identiques à ceux des troubles mentaux indépendants (p. ex. psychoses, trouble dépressif caractérisé), et alors qu'ils peuvent avoir les mêmes conséquences sévères (p. ex. tentatives de suicide), tous les syndromes induits par l'alcool autres que le trouble neurocognitif induit par l'alcool, type amnésique confabulatoire (trouble amnésique persistant induit par l'alcool), quelle que soit la sévérité des symptômes, sont susceptibles de s'améliorer relativement rapidement et il est peu probable qu'ils restent cliniquement significatifs plus d'un mois après l'arrêt d'une intoxication grave et/ou d'un sevrage.

Les troubles induits par l'alcool sont un point important dans la question des diagnostics différentiels des troubles mentaux indépendants. La schizophrénie, le trouble dépressif caractérisé et les troubles anxieux indépendants, tels que le trouble panique, sont susceptibles d'être associés avec des périodes symptomatiques beaucoup plus longues et nécessitent souvent des traitements à plus long terme pour optimiser la probabilité d'amélioration ou de récupération. Les troubles induits par l'alcool, d'un autre côté, sont susceptibles de durer beaucoup moins longtemps et de disparaître en l'espace de quelques jours à un mois après l'arrêt d'une intoxication sévère et/ou d'un sevrage, même sans traitements psychotropes.

L'importance de reconnaître un trouble mental induit par l'alcool est comparable à la pertinence de l'identification du rôle possible de certaines affections endocriniennes et réactions médicamenteuses avant de porter le diagnostic de trouble mental indépendant. Compte tenu de la prévalence élevée des troubles liés à la consommation d'alcool dans le monde, il est important que ces diagnostics de troubles induits par l'alcool soient considérés avant que des troubles mentaux indépendants soient diagnostiqués.

Trouble lié à l'alcool non spécifié

291.9 (F10.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à l'alcool, entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié à l'alcool ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles liés à la caféine

Intoxication par la caféine
Sevrage de la caféine
Autres troubles induits par la caféine
Trouble lié à la caféine non spécifié

Intoxication par la caféine

Critères diagnostiques**305.90 (F15.929)**

- A. Consommation récente de caféine (typiquement une dose élevée bien supérieure à 250 mg).
 - B. Au moins cinq des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation de caféine :
 - 1. Fébrilité.
 - 2. Nervosité.
 - 3. Excitation.
 - 4. Insomnie.
 - 5. Faciès vultueux.
 - 6. Augmentation de la diurèse.
 - 7. Troubles gastro-intestinaux.
 - 8. Soubresauts musculaires.
 - 9. Pensées et discours décousus.
 - 10. Tachycardie ou arythmie cardiaque.
 - 11. Périodes d'infatigabilité.
 - 12. Agitation psychomotrice.
 - C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - D. Les symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caféine peut être consommée à partir de nombreuses sources différentes, incluant le café, le thé, les sodas caféinés, les boissons énergisantes, les antalgiques vendus sans ordonnance, les remèdes contre le rhume, les aides énergisantes (p. ex. les boissons), les aides pour perdre du poids et le chocolat. La caféine est aussi de plus en plus utilisée

comme additif dans les vitamines ou les produits alimentaires. Plus de 85 % des enfants et adultes consomment régulièrement de la caféine (Juliano et Griffiths 2009 ; Reissig et al. 2009). Certains consommateurs de caféine présentent des symptômes en rapport avec une consommation problématique, comme la tolérance et le sevrage (cf. le sevrage de la caféine traité ultérieurement dans ce chapitre). Il n'existe pas de données disponibles pour le moment pour déterminer l'importance clinique du trouble de l'usage de caféine et sa prévalence. En revanche, il est démontré que le sevrage de la caféine et l'intoxication par la caféine sont cliniquement significatifs et assez répandus (Juliano et Griffiths 2004).

La caractéristique essentielle de l'intoxication par la caféine est la consommation récente de caféine et au moins cinq symptômes qui se développent pendant ou peu après la consommation de caféine (critères A et B). Les symptômes qui apparaissent avec de faibles doses (p. ex. 200 mg), chez des sujets vulnérables tels que les enfants, les personnes âgées ou les individus qui n'ont pas été exposés précédemment à la caféine, comprennent fièvre, nervosité, agitation, insomnie, faciès vultueux, augmentation de la diurèse et troubles gastro-intestinaux. Les symptômes qui apparaissent habituellement pour des quantités supérieures à 1 g de caféine par jour comprennent soubresauts musculaires, pensées et discours décousus, tachycardie ou arythmie cardiaque, périodes d'infatigabilité et agitation psychomotrice. L'intoxication par la caféine peut ne pas se produire malgré la prise de fortes doses à cause du développement d'une tolérance. Les signes ou symptômes doivent causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les signes ou symptômes ne doivent pas être dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. un trouble anxieux) ou par une intoxication par une autre substance (critère D).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Des perturbations sensorielles légères (p. ex. tintement dans les oreilles et éclairs lumineux) ont été signalées aux fortes doses. Des doses importantes de caféine peuvent accélérer la fréquence cardiaque, alors que des doses plus faibles peuvent ralentir le pouls. Il n'est pas établi qu'une prise excessive de caféine peut causer des céphalées. À l'examen physique, on peut observer de l'agitation, de la fièvre, de la transpiration, une tachycardie, un faciès vultueux et une accélération du transit intestinal. Les taux sanguins de caféine peuvent fournir une information importante pour le diagnostic, particulièrement lorsque l'interrogatoire du sujet n'est pas très contributif, bien que ces taux ne fassent pas le diagnostic en eux-mêmes du fait des variations interindividuelles dans la réponse à la caféine.

Prévalence

La prévalence de l'intoxication par la caféine dans la population générale n'est pas clairement définie. Aux États-Unis, environ 7 % de la population présente au moins cinq symptômes et une altération du fonctionnement compatibles avec un diagnostic d'intoxication par la caféine (Hughes et al. 1998).

Développement et évolution

Du fait de la demi-vie de la caféine d'environ 4-6 heures, les symptômes d'intoxication par la caféine s'amendent généralement en un jour ou deux et n'ont pas de conséquences connues à long terme. Cependant, les personnes qui consomment des doses très élevées de caféine (c.-à-d. 5-10 g) peuvent nécessiter des soins médicaux immédiats, puisque de telles doses peuvent s'avérer létales (Lai et al. 2006).

Avec l'âge, les sujets sont susceptibles de développer des réactions de plus en plus intenses à la caféine, avec des plaintes plus importantes de perturbations du sommeil et des sentiments d'hypervigilance. On peut observer une intoxication par la caféine après une consommation de produits fortement caféinés, dont des boissons énergisantes, chez des individus jeunes (McCarthy et al. 2008 ; Walsh et al. 2006). Les enfants et adolescents peuvent être à risque plus élevé d'intoxication par la caféine à cause de leur faible poids, leur manque de tolérance et leur manque de connaissance des effets pharmacologiques de la caféine.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. L'intoxication par la caféine est souvent observée chez les sujets qui consomment moins fréquemment de la caféine ou chez ceux qui ont récemment augmenté leur consommation de caféine de manière substantielle. De plus, les contraceptifs oraux diminuent significativement l'élimination de caféine et en conséquence peuvent augmenter le risque d'intoxication.

Génétiques et physiologiques. Des facteurs génétiques peuvent affecter le risque d'intoxication par la caféine (Kendler et al. 2006).

Retentissement fonctionnel de l'intoxication par la caféine

Une altération due à l'intoxication par la caféine peut avoir des conséquences graves, dont un dysfonctionnement au travail ou à l'école, des frasques au niveau social ou un manquement aux obligations. De plus, des doses extrêmement élevées de caféine peuvent être fatales. Dans certains cas, l'intoxication par la caféine peut favoriser un trouble induit par la caféine.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux. L'intoxication par la caféine peut être caractérisée par des symptômes (p. ex. attaques de panique) qui ressemblent à des troubles mentaux primaires. Pour répondre aux critères d'intoxication par la caféine, les symptômes ne doivent pas être associés à une autre affection médicale ou à un autre trouble mental, tel que le trouble anxieux, qui pourrait mieux les expliquer. Des épisodes maniaques, un trouble panique, une anxiété généralisée, une intoxication par l'amphétamine, un sevrage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ou un sevrage de la nicotine, certains troubles du sommeil et les effets secondaires de certains médicaments (p. ex. akathisie) peuvent causer un tableau clinique similaire à celui de l'intoxication par la caféine.

Autres troubles induits par la caféine. La relation chronologique entre les symptômes et la consommation accrue de caféine, ou l'abstinence de caféine aide à établir le diagnostic. L'intoxication par la caféine se différencie du trouble anxieux induit par la caféine, avec début pendant l'intoxication (cf. « Trouble anxieux induit par une substance/un médicament » dans le chapitre « Troubles anxieux »), et du trouble du sommeil induit par la caféine, avec début pendant l'intoxication (voir « Trouble du sommeil induit par une substance/un médicament » dans le chapitre « Trouble veille-sommeil ») par le fait que, dans ces troubles, les symptômes vont au-delà de ceux habituellement associés à l'intoxication par la caféine et sont suffisamment graves pour justifier, en eux-mêmes, une prise en charge clinique.

Comorbidité

Des doses alimentaires classiques de caféine n'ont pas été associées de manière constante à des problèmes médicaux. Cependant, une consommation excessive (p. ex. > 400 mg)

peut causer ou exacerber des symptômes anxieux et somatiques et une perturbation gastro-intestinale (Juliano et Griffiths 2009). Avec des doses aiguës, très élevées de caféine, des crises de type grand mal et l'insuffisance respiratoire peuvent conduire à la mort. Une consommation excessive de caféine est associée aux troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles alimentaires, troubles psychotiques, troubles du sommeil, troubles liés à une substance, tandis que les sujets ayant des troubles anxieux sont plus susceptibles d'éviter la caféine (Juliano et Griffiths 2009).

Sevrage de la caféine

Critères diagnostiques

292.0 (F15.93)

- A. Usage prolongé et quotidien de caféine.
 - B. Arrêt brutal ou réduction de la prise de caféine, suivi dans les 24 heures par trois (ou plus) des signes ou symptômes suivants :
 - 1. Céphalées.
 - 2. Fatigue ou somnolence importante.
 - 3. Humeur dysphorique, humeur dépressive ou irritabilité.
 - 4. Difficultés de concentration.
 - 5. Symptômes pseudo-grippaux (nausées, vomissements ou raideur/douleur musculaire).
 - C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - D. Les signes ou symptômes ne sont pas associés aux effets physiologiques d'une autre affection médicale (comme la migraine ou une maladie virale) et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du sevrage de la caféine est la présence d'un syndrome de sevrage caractéristique qui se développe suite à l'arrêt brutal (ou lors d'une réduction substantielle) d'une consommation quotidienne prolongée de caféine (critère B). Le syndrome de sevrage de la caféine est défini par au moins trois des signes ou symptômes suivants (critère B) : céphalées, fatigue ou somnolence importante, humeur dysphorique, humeur dépressive ou irritabilité, difficultés de concentration et symptômes pseudo-grippaux (nausées, vomissements ou raideur/douleur musculaire). Le syndrome de sevrage entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les symptômes ne doivent pas être dus aux effets physiologiques d'une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D).

Les céphalées sont le trait caractéristique du sevrage de la caféine et peuvent être diffuses, graduellement progressives, pulsatiles, sévères et sensibles au mouvement (Juliano et Griffiths 2004). Cependant, d'autres symptômes de sevrage de la caféine peuvent survenir en l'absence de céphalées (Juliano et Griffiths 2004 ; Juliano et Griffiths 2009). La caféine est la substance active au niveau comportemental la plus largement utilisée dans le monde et est présente dans différents types de boissons (p. ex. café, thé, maté, boissons non alcoolisées, boissons énergisantes), aliments, aides énergétiques, médicaments et compléments alimentaires (James 1997). Comme la prise de caféine fait souvent partie de coutumes sociales et de rituels quotidiens (p. ex. pause-café, l'heure du thé), certains consommateurs de caféine peuvent ignorer leur dépendance physique à la caféine. Ainsi, les symptômes de sevrage de la caféine peuvent être inattendus et attribués à tort à d'autres causes (p. ex. grippe, migraine). De plus, les

symptômes de sevrage de la caféine peuvent survenir lorsqu'une personne doit s'abstenir de certains aliments ou boissons avant des interventions médicales ou lorsqu'elle rate une dose habituelle de caféine du fait d'un changement d'habitudes (p. ex. au cours d'un voyage, de week ends).

La probabilité et la sévérité d'un sevrage de la caféine augmentent généralement en fonction de la dose habituelle de caféine journalière. Cependant, il existe une grande variabilité entre les sujets et chez un même individu dans l'incidence, la sévérité et l'évolution dans le temps des symptômes de sevrage au cours des différents épisodes (Hughes et al. 1993 ; Juliano et Griffiths 2004). Les symptômes du sevrage de la caféine peuvent survenir après l'arrêt brutal de doses chroniques quotidiennes relativement faibles de caféine (c.-à-d. 100 mg).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

On a montré que l'abstinence de caféine est associée à une détérioration des performances comportementales et cognitives (p. ex. attention soutenue) (Juliano et Griffiths 2004). Des études électroencéphalographiques ont montré que les symptômes du sevrage de la caféine sont significativement associés à une augmentation des ondes thêta et une diminution des ondes bêta 2. Une diminution de la motivation au travail et de la sociabilité a également été rapportée lors du sevrage de la caféine. Une augmentation de la consommation d'analgésique au cours du sevrage de la caféine a été documentée.

Prévalence

Plus de 85 % des adultes et des enfants aux États-Unis consomment régulièrement de la caféine, les consommateurs adultes de caféine ingérant en moyenne 280 mg/jour. L'incidence et la prévalence du syndrome du sevrage de la caféine dans la population générale ne sont pas clairement définies. Aux États-Unis, les céphalées apparaissent dans environ 50 % des cas d'abstinence de caféine (Juliano et Griffiths 2004). Lors des tentatives d'arrêt définitif de la consommation de caféine, plus de 70 % des personnes présentent au moins un symptôme de sevrage de la caféine (47 % peuvent avoir des céphalées), et 24 % peuvent avoir des céphalées et au moins un autre symptôme ainsi qu'une altération du fonctionnement due au sevrage (Hughes et al. 1998). Parmi les sujets qui s'abstiennent de caféine pendant au moins 24 heures mais qui n'essaient pas d'arrêter de façon permanente leur consommation de caféine, 11 % peuvent avoir des céphalées et au moins un autre symptôme, ainsi qu'une altération du fonctionnement (Hughes et al. 1998). Les consommateurs de caféine peuvent réduire l'incidence du sevrage de la caféine en consommant de la caféine quotidiennement ou occasionnellement seulement (p. ex. pas plus de 2 jours consécutifs). Une réduction progressive de la caféine sur une période de plusieurs jours ou semaines peut diminuer l'incidence et la sévérité du sevrage de la caféine.

Développement et évolution

Les symptômes commencent généralement 12 à 24 heures après la dernière dose de caféine (Griffiths et al. 1986) et atteignent un pic après 1 à 2 jours d'abstinence. Les symptômes de sevrage de la caféine durent de 2 à 9 jours, les céphalées de sevrage peuvent perdurer jusqu'à 21 jours. Les symptômes disparaissent en général rapidement (dans les 30-60 minutes) après la reprise de caféine.

La caféine est unique dans la mesure où c'est une substance active au niveau comportemental qui est consommée par les sujets de presque tous les âges. Les taux de consommation de caféine et le niveau global de la consommation de caféine augmentent avec l'âge jusqu'à la première moitié de la trentaine, puis se stabilisent. Bien que le sevrage de la

caféine ait été documenté chez les enfants et adolescents, assez peu de connaissances sont disponibles sur les facteurs de risque du sevrage de la caféine au sein de ce groupe d'âge. La consommation de boissons énergisantes à forte teneur en caféine est en augmentation chez les sujets jeunes, ce qui pourrait augmenter le risque de sevrage de la caféine.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Une consommation massive de caféine a été observée chez les personnes souffrant de troubles mentaux, y compris les troubles du comportement alimentaire ; chez les fumeurs, les prisonniers, et chez les sujets abusant de substances et d'alcool. Ainsi, ces personnes pourraient être à risque plus élevé de sevrage de la caféine en cas d'abstinence aiguë de la caféine.

Environnementaux. L'indisponibilité de caféine est un facteur de risque environnemental pour le développement des symptômes de sevrage. Bien que la caféine soit une substance légale et habituellement largement disponible, la consommation de caféine peut être réduite dans certaines situations, comme lors de procédures médicales, de la grossesse, d'hospitalisations, de pratiques religieuses, en temps de guerre, de voyage et de participation à des recherches. Ces conditions environnementales externes peuvent précipiter un syndrome de sevrage chez des personnes vulnérables.

Génétiques et physiologiques. Des facteurs génétiques semblent accroître la vulnérabilité au sevrage de la caféine mais aucun gène spécifique n'a été identifié ([Kendler et Prescott 1999](#)).

Facteurs influençant l'évolution. Les symptômes de sevrage de la caféine disparaissent en général dans les 30 à 60 minutes suivant la reprise de la caféine. Des doses de caféine nettement inférieures à la dose quotidienne habituelle d'un individu peuvent être suffisantes pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage de la caféine (p. ex. une consommation de 25 mg par un sujet qui consomme habituellement 300 mg).

Questions diagnostiques liées à la culture

Les consommateurs habituels de caféine qui jeûnent pour des raisons religieuses peuvent présenter un risque accru de sevrage de la caféine.

Retentissement fonctionnel du sevrage de la caféine

Les symptômes de sevrage de la caféine peuvent varier en intensité de légers à extrêmes, causant parfois une altération du fonctionnement dans les activités quotidiennes habituelles. Les taux d'altération du fonctionnement s'étendent de 10 à 55 % (médiane 13 %) ([Juliano et Griffiths 2004](#)), pouvant aller jusqu'à 73 % chez des personnes qui présentent également d'autres aspects problématiques de la consommation de caféine ([Strain et al. 1994](#)). Des exemples d'altération du fonctionnement comprennent l'incapacité à travailler, à faire du sport ou à s'occuper des enfants ; le fait de rester au lit toute la journée ; le manquement aux services religieux ; un retour prématuré de vacances ; et l'annulation de réunions conviviales ([Strain et al. 1994](#)). Les céphalées de sevrage de la caféine peuvent être décrites par les sujets comme les « pires céphalées » dont ils ont jamais souffert. Des diminutions des performances cognitives et motrices ont également été observées.

Diagnostic différentiel

Autres troubles médicaux et effets secondaires médicamenteux. Différents troubles doivent être considérés à propos du diagnostic différentiel du sevrage de la caféine. Le sevrage de la caféine peut ressembler à une migraine et aux autres céphalées, à des

infections virales, à des affections des sinus, à de la nervosité, à des états de sevrage d'autres substances (p. ex. des amphétamines, de la cocaïne), et aux effets secondaires de médicaments.

En définitive, le diagnostic de sevrage de la caféine dépend du mode de consommation et de la quantité consommée, de l'intervalle de temps entre l'abstinence de la caféine et le début des symptômes, et des caractéristiques cliniques particulières présentées par le sujet. Une dose d'épreuve de caféine suivie par une rémission symptomatique peut être utilisée pour confirmer le diagnostic.

Comorbidité

Le sevrage de la caféine peut être associé à un trouble dépressif caractérisé, à un trouble anxieux généralisé, à un trouble panique, à un trouble de personnalité de type antisociale chez les adultes, à un trouble de la consommation d'alcool moyen à grave, et à l'usage de cannabis ou de cocaïne (Kendler et al. 2006).

Autres troubles induits par la caféine

Les troubles induits par la caféine suivants sont décrits dans d'autres sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans les chapitres correspondants) : trouble anxieux induit par la caféine (« Troubles anxieux ») et trouble du sommeil induit par la caféine (« Troubles veille-sommeil »). Ces troubles induits par la caféine ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par la caféine ou le sevrage de la caféine que si les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier, en eux-mêmes, une prise en charge clinique.

Trouble lié à la caféine non spécifié

292.9 (F15.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à la caféine, entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié à la caféine ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits précédemment dans ce chapitre.

Troubles liés au cannabis

Trouble de l'usage du cannabis
 Intoxication par le cannabis
 Sevrage du cannabis
 Autres troubles induits par le cannabis
 Trouble lié au cannabis non spécifié

Trouble de l'usage du cannabis

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au

moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
8. Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (*cf.* les critères A et B du sevrage du cannabis, p. 675).
 - b. Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que les critères requis pour un trouble de l'usage du cannabis aient été préalablement remplis, aucun d'eux ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser le cannabis » qui peut être rempli).

En rémission prolongée : Après que les critères requis pour un trouble de l'usage du cannabis aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été depuis au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser le cannabis » qui peut être rempli).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès au cannabis est limité.

Codage reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par le cannabis, un sevrage du cannabis ou un autre trouble mental induit par le cannabis sont également présents, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage du cannabis. Le trouble comorbide de l'usage du cannabis est indiqué à la place par le 4^e caractère du code pour le trouble induit par le cannabis (*cf.* la note de codage pour l'intoxication par le cannabis, le sevrage du cannabis ou le trouble spécifique induit par le cannabis). Par exemple, s'il y a un trouble anxieux comorbide induit par le cannabis et un trouble lié au cannabis, seul le trouble anxieux induit par le cannabis est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble de l'usage du cannabis est léger, moyen ou grave : F12.180 pour un trouble de l'usage du cannabis léger avec un trouble anxieux induit par

le cannabis ou F12.280 pour un trouble de l'usage du cannabis moyen ou grave avec un trouble anxieux induit par le cannabis.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.20 (F12.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.30 (F12.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.30 (F12.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire concernant la rémission lorsque la personne est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (c.-à-d. en rémission soit précoce soit prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Les changements de sévérité avec le temps chez un individu peuvent se traduire par des changements de la fréquence de la consommation (p. ex. le nombre de jours de consommation par mois ou le nombre de consommations par jour) et/ou la dose (p. ex. la quantité utilisée lors d'une consommation) de cannabis, évalués par les déclarations du sujet, celles des proches, les observations du clinicien et les bilans biologiques.

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble de l'usage du cannabis et les autres troubles associés au cannabis incluent les problèmes associés aux substances dérivées de la plante de cannabis et les composés synthétiques chimiquement similaires. Avec le temps, les différents composants de la plante ont reçu de nombreuses appellations (p. ex. weed, pot, herbe, mari, marijane, joint, bat, billot, pétard, spliff, jig, skunk, kif, ganja). Un extrait concentré de la plante du cannabis qui est également consommé est le haschisch. Le cannabis est le terme générique et peut-être le terme scientifique le plus approprié pour la (les) substance(s) psychoactive(s) dérivée(s) de la plante et il est employé dans ce manuel pour désigner toute forme de substances apparentées au cannabis, incluant les composés cannabinoïdes synthétiques ([Budney et al. 2011](#) ; [Roffman et Stephens 2006](#)).

Les formulations synthétiques *per os* (comprimés/capsules) du delta-9-tétrahydrocannabinol (delta-9-THA) sont disponibles sur ordonnance dans plusieurs affections médicalement validées (p. ex. contre les nausées et les vomissements causés par la chimiothérapie ; pour traiter l'anorexie et la perte de poids chez les sujets ayant un syndrome d'immunodéficience acquise [sida]). D'autres cannabinoïdes synthétiques ont été fabriqués et distribués dans des usages non médicaux sous forme de composants de plantes aspergés avec un composé cannabinoïde (p. ex. K2, Spice, JWH-018, JWH-073) ([Seely et al. 2011](#)).

Les cannabinoïdes ont divers effets sur le cerveau, le plus important étant leur action sur les récepteurs aux cannabinoïdes CB1 et CB2 qui se trouvent dans l'ensemble du système nerveux central ([Tanda et Goldberg 2003](#)). Les ligands endogènes de ces récepteurs se comportent principalement comme les neurotransmetteurs. La puissance du cannabis (teneur en delta-9-THC) généralement disponible est très variable, passant d'environ 1 à 15 % dans des composants typiques de la plante de cannabis et à 10-20 % dans du haschisch. Durant les deux dernières décennies, une augmentation constante de la puissance du cannabis saisi a été observée ([Mehmedic et al. 2010](#)).

Le cannabis est en général fumé en utilisant plusieurs méthodes : pipes, pipes à eau (bongs ou hookahs), cigarettes (joints ou pétards) ou, plus récemment, dans les feuilles

de papier provenant des cigares évidés (blunts). Le cannabis est parfois ingéré oralement, typiquement en le mélangeant avec des aliments. Plus récemment, les appareils ont été développés dans lesquels le cannabis est « vaporisé ». La vaporisation implique l'échauffement du matériel de la plante pour libérer les composés cannabinoïdes psychoactifs et les inhaler. Tout comme d'autres substances psychoactives, fumer (et vaporiser) est généralement associé avec la survenue rapide et les expériences intenses des effets recherchés.

Les sujets qui utilisent le cannabis régulièrement peuvent développer toutes les caractéristiques diagnostiques d'un trouble de l'usage d'une substance (Budney 2006). Un trouble de l'usage du cannabis est souvent le seul trouble lié aux substances observé chez un individu ; en revanche, il peut également survenir de manière concomitante avec d'autres troubles d'usage de substances (c.-à-d. alcool, cocaïne, opiacés) (Stinson et al. 2006). Chez les personnes utilisant plusieurs sortes de substances, les signes liés au cannabis sont souvent minimisés car ils seraient moins sévères ou provoqueraient moins de dommages que ceux directement liés à l'utilisation des autres substances. La tolérance pharmacologique et comportementale à la plupart des effets du cannabis a été signalée chez les sujets qui l'utilisent régulièrement (Lichtman et Martin 2005). En général, la tolérance s'estompe lorsque la consommation cesse pour une durée significative (c.-à-d. au moins quelques mois).

La reconnaissance du fait que l'arrêt soudain d'une consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis cause souvent un syndrome de sevrage est nouvelle dans le DSM-5. Les signes fréquents du sevrage incluent irritabilité, colère ou agressivité, anxiété, humeur dépressive, fièvre, troubles du sommeil et appétit moindre ou perte de poids (Budney et al. 2004 ; Levin et al. 2010). Bien qu'il ne soit pas aussi sévère que le sevrage de l'alcool ou des opiacés, le syndrome de sevrage du cannabis peut causer une souffrance significative et contribuer aux difficultés à arrêter ou aux rechutes chez ceux qui essaient de rester abstinentes (Budney et al. 2008).

Les sujets ayant un trouble de l'usage du cannabis peuvent consommer le cannabis tout au long de la journée durant des mois ou des années ; ainsi ils passent plusieurs heures par jour sous son influence (Roffman et Stephens 2006). D'autres peuvent consommer moins fréquemment mais l'utilisation cause des problèmes récurrents en rapport avec la famille, l'école, le travail ou d'autres activités importantes (p. ex. absences répétées au travail ; négligence des obligations familiales). La consommation et l'intoxication périodique au cannabis peuvent avoir un impact négatif sur le fonctionnement cognitif et comportemental et ainsi interférer avec les performances optimales au travail et à l'école, ou augmenter le risque physique d'un individu lorsqu'il effectue les activités qui pourraient être dangereuses physiquement (p. ex. conduire une voiture ; jouer à certains sports ; effectuer les travaux manuels, comme faire fonctionner une machine). Les conflits avec le partenaire ou les parents au sujet de la consommation du cannabis au domicile, ou en présence des enfants, peuvent avoir un impact négatif sur le fonctionnement familial et sont des caractéristiques fréquentes des personnes ayant un trouble de l'usage du cannabis. Enfin, les sujets ayant un trouble de l'usage du cannabis peuvent poursuivre leur utilisation malgré la connaissance des problèmes physiques (p. ex. toux chronique liée à la fumée) ou des problèmes psychologiques (p. ex. sédation excessive ou aggravation d'autres troubles mentaux) liés à la consommation.

L'usage du cannabis pour des raisons médicales justifiées peut également modifier le diagnostic. Lorsqu'une substance est utilisée suite à une prescription pour une affection médicale, les symptômes de tolérance et de sevrage vont naturellement avoir lieu et ne doivent pas être considérés comme les critères primaires pour déterminer le diagnostic d'un trouble de l'usage d'une substance. Bien que l'usage médical du cannabis reste controversé et équivoque, la consommation dans des circonstances médicales doit être prise en compte lorsqu'on pose le diagnostic.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les sujets qui consomment du cannabis régulièrement signalent souvent qu'elles l'utilisent pour gérer les émotions, le sommeil, la douleur ou d'autres problèmes physiologiques ou psychologiques et celles qui ont été diagnostiquées comme ayant un trouble de l'usage du cannabis ont souvent d'autres troubles mentaux associés (Stinson et al. 2006). Une évaluation soigneuse révèle généralement que l'usage du cannabis contribue à exacerber ces mêmes symptômes, ainsi que d'autres motifs de l'utilisation fréquente (p. ex. pour avoir l'effet de l'euphorie, pour oublier les problèmes, pour gérer sa colère, pour profiter d'une activité sociale agréable). De plus, certains sujets qui consomment le cannabis plusieurs fois par jour pour les raisons susmentionnées ne perçoivent pas (et ainsi ne signalent pas) qu'ils passent beaucoup de temps sous l'influence du cannabis ou à récupérer de ses effets la majorité du temps. Un marqueur important du diagnostic de trouble de l'usage d'une substance, particulièrement en cas de troubles moins sévères, est la poursuite de l'utilisation malgré un risque clair de conséquences négatives sur d'autres activités importantes ou relations (p. ex. l'école, le travail, les activités sportives, les relations avec un partenaire ou les parents).

Certains utilisateurs du cannabis sont motivés pour diminuer la quantité ou la fréquence de leurs consommations, il est donc important d'être conscient des signes et symptômes fréquents de l'usage et l'intoxication par le cannabis afin de mieux évaluer l'importance de l'usage. Comme pour d'autres substances, les utilisateurs expérimentés du cannabis développent une tolérance pharmacologique et comportementale de telle sorte qu'il peut être difficile de déceler lorsqu'ils sont sous son influence. Les signes de l'utilisation aiguë et chronique incluent les yeux rouges (conjonctives injectées), l'odeur du cannabis sur les vêtements, un jaunissement au bout des doigts (lorsqu'ils fument des joints), la toux chronique, l'utilisation d'encens (pour masquer l'odeur) les envies impérieuses, irréprensibles ainsi que les impulsions pour certains aliments, parfois à des moments inhabituels du jour ou de la nuit.

Prévalence

Les cannabinoïdes, surtout le cannabis, sont les substances psychoactives illicites les plus utilisées aux États-Unis. La prévalence sur les 12 derniers mois du trouble de l'usage du cannabis (DSM-IV, abus et dépendance combinés) est d'environ 3,4 % chez les garçons âgés de 12 à 17 ans et de 1,5 % chez les adultes âgés de plus de 18 ans. La prévalence du trouble de l'usage du cannabis est plus importante chez les hommes (2,2 %) que chez les femmes (0,8 %) et chez les garçons âgés de 12 à 17 ans (3,8 %) que chez les filles âgées de 12 à 17 ans (3,0 %). La prévalence sur les 12 derniers mois du trouble de l'usage du cannabis parmi les adultes diminue avec l'âge, avec les taux les plus importants parmi les individus âgés de 18 à 29 ans (4,4 %) et les plus faibles chez les sujets âgés de plus de 65 ans (0,01 %). La forte prévalence du trouble de l'usage du cannabis est probablement le reflet d'une consommation beaucoup plus étendue que celle des autres substances illicites et non d'une plus importante potentialité addictive.

Quant aux différences des prévalences selon l'ethnie et la race, elles sont modérées. Les prévalences du trouble de l'usage du cannabis sur les 12 derniers mois sont très variables entre les sous-groupes raciaux et ethniques aux États-Unis. Chez les sujet âgés de 12 à 17 ans, les prévalences sont les plus hautes chez les Amérindiens et les natifs de l'Alaska (7,1 %) *versus* les Hispaniques (4,1 %), les blancs (3,4 %), les Afro-Américains (2,7 %), les Asiatiques et les natifs des îles du Pacifique (0,9 %). Chez les adultes, la prévalence du trouble de l'usage du cannabis est également la plus haute chez les Amérindiens et les natifs de l'Alaska (3,4 %) comparée à celles des Afro-Américains (1,8 %), des blancs (1,4 %), des Hispaniques (1,2 %), des Asiatiques et des natifs des

îles du Pacifique (1,2 %). Durant les 10 dernières années, la prévalence du trouble de l'usage du cannabis a augmenté chez les adultes et les adolescents. Les différences entre les sexes concordent généralement avec celles des autres troubles de l'usage d'une substance. Le trouble de l'usage du cannabis est plus fréquemment observé chez les hommes, bien que cette différence soit moins marquée chez les adolescents.

Développement et évolution

Le trouble de l'usage du cannabis peut survenir à tout moment durant ou après l'adolescence mais il survient le plus fréquemment chez l'adolescent ou le jeune adulte (Anthony 2006 ; Compton et al. 2004). Nettement moins fréquemment, le trouble peut survenir avant l'adolescence ou après la vingtaine. L'acceptation récente de l'utilisation et la mise à disposition du « cannabis médical » par certains pourraient augmenter l'incidence du trouble de l'usage du cannabis chez les adultes plus âgés.

Généralement, le trouble de l'usage du cannabis se développe durant une période prolongée, bien que l'évolution semble plus rapide chez les adolescents, particulièrement ceux ayant des troubles des conduites importants (Compton et al. 2004 ; Stinson et al. 2006). La plupart des sujets qui développent un trouble de l'usage du cannabis augmentent progressivement leur consommation à la fois en termes de fréquence et de quantité. Le cannabis, ainsi que l'alcool et le tabac, est généralement la première substance que les adolescents essaient. Nombre d'entre eux perçoivent l'usage du cannabis comme moins nocif que celui de l'alcool ou du tabac, et cette perception contribue probablement à l'accroissement de l'usage. De plus, l'intoxication par le cannabis ne cause généralement pas de dysfonctionnements comportementaux et cognitifs sévères comme l'intoxication significative par l'alcool ; cela pourrait augmenter la probabilité de consommations plus fréquentes et dans des situations plus diverses qu'avec l'alcool. Ces facteurs concourent probablement au potentiel d'une transition rapide de l'usage du cannabis au trouble de l'usage du cannabis chez certains adolescents et à un mode de consommation durant toute la journée, souvent observé chez ceux qui ont le trouble lié à l'usage du cannabis le plus sévère.

Le trouble d'usage du cannabis chez les préadolescents, les adolescents et les adultes jeunes s'exprime généralement comme des consommations excessives avec les pairs, composants d'autres comportements déviants, habituellement associés aux troubles des conduites. Dans des cas relativement légers, les consommations continuent malgré les problèmes clairs en rapport avec la désapprobation de l'utilisation par les pairs, l'administration de l'école ou la famille, ce qui place le jeune à risque de conséquences physiques ou comportementales. Dans les cas plus sévères, il y a une progression vers l'utilisation solitaire ou à longueur de journée de telle sorte que l'utilisation interfère avec le fonctionnement au quotidien et prend la place des activités pro-sociales établies au préalable.

Chez les utilisateurs adolescents, des modifications au niveau de la stabilité de l'humeur, des niveaux d'énergie et des modes d'alimentation sont souvent observées. Ces signes et symptômes sont probablement dus aux effets directs de l'usage du cannabis (intoxication) et aux effets consécutifs à l'intoxication aiguë (descente), ainsi que des tentatives pour dissimuler l'utilisation aux autres. Les problèmes liés à l'école sont fréquemment associés au trouble de l'usage du cannabis chez les adolescents, notamment une baisse dramatique des notes, des actes de délinquance et une diminution générale de l'intérêt porté aux activités et aux résultats scolaires (Lynskey et Hall 2000).

Le trouble de l'usage du cannabis chez les adultes comprend typiquement un mode de consommation quotidienne du cannabis bien établie qui persiste malgré les problèmes clairs au niveau psychosocial ou médical. De nombreux adultes ont eu l'expérience du désir persistant ou des efforts répétés et infructueux pour se sevrer. Chez l'adulte, les

cas les moins sévères peuvent ressembler à ceux des adolescents fréquemment observés puisque, chez eux, l'usage du cannabis n'est pas aussi fréquent ni aussi important mais il persiste malgré les conséquences potentielles et significatives de la poursuite de l'utilisation. Il semble que la prévalence de l'utilisation chez les adultes d'âge moyen et plus soit en train d'augmenter, probablement à cause d'un effet de cohorte qui résulte d'une prévalence importante de l'utilisation à la fin des années soixante et pendant les années soixante-dix.

La consommation précoce du cannabis (p. ex. avant l'âge de 15 ans) est un facteur prédictif robuste du développement du trouble de l'usage du cannabis ainsi que d'autres troubles de l'usage d'une substance et des troubles mentaux à l'âge adulte (Fergusson et al. 2006 ; Lynskey et al. 2003). La survenue de tels signes est probablement en lien avec d'autres troubles concomitants d'externalisation, notamment les symptômes de trouble des conduites. En revanche, la survenue précoce est également prédictive du trouble d'internalisation et en tant que telle est probablement le reflet d'un facteur de risque général pour le développement de troubles de la santé mentale (de Graaf et al. 2010).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les antécédents de troubles des conduites dans l'enfance ou à l'adolescence et les troubles de la personnalité de type antisocial sont des facteurs de risque pour le développement de nombreux troubles d'usage de substances, incluant le trouble de l'usage du cannabis. D'autres facteurs de risque incluent les troubles d'externalisation ou d'internalisation durant l'enfance ou l'adolescence. Les jeunes considérés comme ayant une désinhibition comportementale importante montrent des troubles de l'usage d'une substance de survenue précoce, incluant le trouble de l'usage du cannabis, l'implication de multiples substances et des troubles des conduites précoces (Iacono et al. 2008).

Environnementaux. Les facteurs de risque incluent l'échec scolaire, le tabagisme, les situations d'instabilité et d'abus dans les familles, l'usage du cannabis par les parents proches, les antécédents familiaux de troubles d'usage de substances et un faible niveau socio-économique. Comme pour toute substance psychoactive, la facilité d'accès de la substance est un facteur de risque ; le cannabis est relativement facile à se procurer dans la plupart des cultures, ce qui augmente le risque de développer un trouble de l'usage du cannabis.

Génétiques et physiologiques

Les influences génétiques contribuent au développement du trouble de l'usage du cannabis (Agrawal et Lynskey 2009). Les facteurs héritables contribuent pour 30 à 80 % de la variabilité totale du risque de trouble de l'usage du cannabis. Il est à noter que les facteurs génétiques communs et les influences environnementales partagées entre le cannabis et d'autres types de troubles de l'usage d'une substance suggèrent une base génétique commune entre les troubles de l'usage d'une substance et les troubles des conduites à l'adolescence.

Questions diagnostiques liées à la culture

Le cannabis est probablement la substance illicite la plus fréquemment utilisée dans le monde (Degenhardt et al. 2008). L'incidence du trouble de l'usage du cannabis dans les différents pays est inconnue, mais les prévalences dans les pays développés sont probablement semblables (Hall et Degenhardt 2007). Il se situe fréquemment parmi les premières substances d'expérimentation (souvent chez les adolescents) dans tous les groupes culturels aux États-Unis (Degenhardt et al. 2010).

L'acceptation du cannabis pour des raisons médicales varie largement au sein de chaque culture et d'une culture à l'autre. Les facteurs culturels (acceptation et statut

légal) pouvant influencer le diagnostic sont en rapport avec les conséquences variables selon les cultures quant au dépistage d'une consommation (c.-à-d. arrestation, renvoi scolaire, licenciement). Le changement général au niveau des critères diagnostiques du trouble de l'usage d'une substance du DSM-IV au DSM-5 (c.-à-d. la suppression du critère des problèmes judiciaires récurrents en rapport avec l'usage d'une substance) atténue ce problème dans une certaine mesure.

Marqueurs diagnostiques

Les tests biologiques pour les métabolites cannabinoïdes sont utiles pour déterminer si un sujet a récemment consommé du cannabis. De tels tests sont utiles pour faire le diagnostic, surtout dans les cas moins sévères lorsqu'un individu nie sa consommation tandis que d'autres (famille, travail, école) expriment des inquiétudes quant à un trouble de l'usage de substance. Les cannabinoïdes sont liposolubles et donc ils perdurent dans les fluides de l'organisme pendant de longues périodes et sont éliminés lentement. Il est nécessaire d'avoir une expertise dans les méthodes de dépistage urinaire pour interpréter les résultats de manière fiable.

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage du cannabis

Les conséquences fonctionnelles du trouble de l'usage du cannabis font partie des critères diagnostiques. De nombreux domaines du fonctionnement psychosocial, cognitif et de la santé peuvent être altérés par le trouble de l'usage du cannabis (Budney et al. 2011). Les fonctions cognitives, notamment les fonctions supérieures exécutives, paraissent atteintes chez les consommateurs de cannabis, et cette relation semble dose-dépendante (en aigu et en chronique) (Grant et al. 2003 ; Vandrey et Mintzer 2009). Ceci pourrait contribuer aux difficultés grandissantes à l'école ou au travail. La consommation de cannabis a été associée à la diminution des activités pro-sociales motivées par les objectifs que certains ont nommés le syndrome amotivationnel qui se manifeste par les mauvais résultats scolaires et les problèmes d'emploi. Ces problèmes peuvent être liés à l'intoxication persistante ou à la récupération des effets de l'intoxication. De même, les problèmes liés au cannabis au niveau des relations sociales sont souvent signalés chez ceux ayant un trouble de l'usage du cannabis. Les accidents provoqués par les comportements potentiellement dangereux sous son influence (p. ex. conduite, activités sportives, de loisirs ou professionnelles) sont également source d'inquiétude. La fumée du cannabis contient des taux importants de substances carcinogènes qui soumettent les consommateurs chroniques à un risque de maladies respiratoires similaires à celles des fumeurs du tabac. La consommation chronique de cannabis peut contribuer à la survenue ou à l'aggravation d'autres troubles mentaux. En particulier, des inquiétudes ont été exprimées concernant la consommation de cannabis comme facteur causal dans la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques. La consommation de cannabis peut contribuer à la survenue d'un épisode psychotique aigu, exacerber certains symptômes et avoir un impact négatif sur le traitement des troubles psychotiques majeurs.

Diagnostic différentiel

Usage non problématique du cannabis. La distinction entre l'usage non problématique du cannabis et le trouble de l'usage du cannabis peut être difficile à faire car il pourrait être difficile d'attribuer les problèmes sociaux, comportementaux ou psychologiques à la substance, surtout dans un contexte d'usage d'autres substances. De plus, le déni d'une consommation importante de cannabis et la désignation du cannabis comme lié à ou la source de problèmes conséquents sont fréquents chez les patients qui sont adressés pour traitement par un tiers (c.-à-d. école, famille, employeur, système judiciaire).

Autres troubles mentaux. Le trouble induit par le cannabis serait caractérisé par les symptômes (p. ex. anxiété) qui ressemblent aux troubles mentaux primaires (p. ex. trouble anxieux généralisé *vs* trouble anxieux induit par le cannabis, avec anxiété généralisée, survenant durant l'intoxication). L'usage chronique du cannabis peut provoquer un manque de motivation qui ressemble au trouble dépressif persistant (dysthymie). Les réactions aiguës adverses au cannabis doivent être différenciées des symptômes du trouble panique, du trouble dépressif caractérisé, du trouble délirant, des troubles bipolaires ou de la schizophrénie de type paranoïde. L'examen physique montrera en général une tachycardie et des conjonctives injectées. Le dosage des toxiques urinaires peut s'avérer être utile pour faire le diagnostic.

Comorbidité

On a longuement pensé que le cannabis était une substance « porte d'entrée » car les sujets qui en consomment fréquemment ont une probabilité beaucoup plus importante d'utiliser des substances considérées comme plus dangereuses comme les opiacés ou la cocaïne durant leur vie que les non-consommateurs (Degenhardt et al. 2010). L'usage du cannabis et le trouble de l'usage du cannabis partagent une forte comorbidité avec les autres troubles de l'usage d'une substance (Stinson et al. 2006). Les troubles mentaux concomitants sont fréquents dans le trouble de l'usage du cannabis (Budney et al. 2011). La consommation de cannabis a été associée à une moindre satisfaction éprouvée dans la vie ; davantage de traitements médicaux et d'hospitalisations ; et de plus fortes prévalences de dépression, de troubles anxieux, de tentatives de suicide et de trouble des conduites. Les individus ayant un trouble de l'usage du cannabis dans l'année ont de fortes prévalences de trouble de l'usage de l'alcool (plus de 50 %) et de trouble de l'usage du tabac (53 %). Les prévalences des autres troubles liés à l'usage d'autres substances sont probablement aussi importantes chez les sujets ayant un trouble de l'usage du cannabis. Chez ceux qui se sont présentés pour traiter un trouble lié à l'usage du cannabis, 74 % signalent une utilisation problématique d'une seconde ou d'une troisième substance : alcool (40 %), cocaïne (12 %), méthamphétamine (6 %) et héroïne ou autres opiacés (2 %). Le trouble de l'usage du cannabis est souvent considéré comme un problème secondaire chez ceux qui ont un diagnostic primaire d'un trouble de l'usage d'une autre substance avec environ 25-80 % de ceux qui sont traités pour un trouble de l'usage d'une autre substance signalant la consommation de cannabis.

Les individus ayant un diagnostic d'un trouble de l'usage du cannabis durant l'année ou durant leur vie auraient également de fortes prévalences de troubles mentaux concomitants autres que les troubles de l'usage d'une substance (Budney et al. 2011). Le trouble dépressif caractérisé (11 %), les troubles anxieux (24 %) et les troubles bipolaires (13 %) sont très fréquents chez les sujets diagnostiqués comme ayant un trouble de l'usage du cannabis durant l'année, ainsi que les troubles de la personnalité de type antisocial (30 %), obsessionnel-compulsif (19 %) et paranoïaque (18 %). Environ 33 % des adolescents ayant un trouble de l'usage du cannabis ont des troubles d'internalisation (p. ex. anxiété, dépression, trouble de stress post-traumatique), et 60 % ont des troubles d'externalisation (p. ex. trouble des conduites, déficit de l'attention avec hyperactivité).

La consommation de cannabis peut avoir un impact sur de nombreux aspects du fonctionnement physiologique chez l'homme, comme les systèmes cardiovasculaire, immunitaire, neuromusculaire, oculaire, de reproduction et respiratoire, ainsi que l'appétit et la perception/cognition, mais peu d'affections médicales sont fréquemment associées au trouble de l'usage du cannabis. Les effets sur la santé les plus significatifs impliquent le système respiratoire et les fumeurs chroniques de cannabis montrent une forte prévalence de symptômes respiratoires de bronchite, de toux productives, de dyspnée et de râles sibilants (Tashkin et al. 2002).

Intoxication par le cannabis

Critères diagnostiques

- A. Usage récent de cannabis.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage du cannabis.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans les 2 heures qui suivent l'usage du cannabis :
 - 1. Conjonctives injectées.
 - 2. Augmentation de l'appétit.
 - 3. Sécheresse de la bouche.
 - 4. Tachycardie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : Les hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles surviennent en l'absence d'un état confusionnel.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le codage CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage du cannabis et qu'il y ait ou non des perturbations des perceptions.

Pour l'intoxication par le cannabis, sans perturbations des perceptions : S'il y a un trouble léger de l'usage du cannabis comorbide, le code CIM-10-MC est **F12.129**, et si un trouble de l'usage du cannabis moyen ou grave est comorbide, le code CIM-10-MC est **F12.229**. Lorsqu'aucun trouble de l'usage du cannabis n'est présent, le code CIM-10-MC est **F12.929**.

Pour l'intoxication par le cannabis, avec perturbations des perceptions : S'il y a un trouble léger de l'usage du cannabis comorbide, le code CIM-10-MC est **F12.122**, et s'il y a un trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis comorbide, le code CIM-10-MC est **F12.222**. S'il n'y a pas de trouble de l'usage du cannabis, le code CIM-10-MC est **F12.922**.

Spécifications

Lorsque des hallucinations sont présentes sans altération de l'appréciation de la réalité, le diagnostic de trouble psychotique induit par une substance/un médicament doit être envisagé.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'intoxication par le cannabis est la présence d'une problématique cliniquement significative de changements comportementaux ou psychologiques qui se développent durant, ou rapidement après, la consommation du cannabis (critère B) (Schuckit 2005). L'intoxication débute typiquement par un sentiment de *high* suivi de symptômes incluant l'euphorie avec des rires inappropriés et le sentiment de grandeur, de sédation, de léthargie, l'atteinte de la mémoire à court terme, des difficultés à effectuer des opérations mentales complexes, les altérations du jugement, la modification des perceptions sensorielles, les troubles moteurs et le sentiment de

ralentissement temporel. Parfois de l'anxiété (pouvant être sévère), une dysphorie ou un retrait social peuvent être observés. Ces effets psychoactifs sont accompagnés d'au moins deux des signes suivants, se développant dans les 2 heures suivant la consommation du cannabis : conjonctives injectées, augmentation de l'appétit, bouche sèche et tachycardie (critère C).

L'intoxication se développe en quelques minutes lorsque le cannabis est fumé mais peut prendre quelques heures lorsqu'il est ingéré *per os*. Les effets durent en général 3-4 heures, un peu plus longtemps lorsque la substance est ingérée *per os*. Le degré des changements comportementaux et psychologiques dépend de la dose, de la voie d'administration et des caractéristiques liées à l'individu utilisant la substance comme la vitesse d'absorption, la tolérance et la sensibilité aux effets de la substance. La plupart des cannabinoïdes sont liposolubles, y compris le delta-9-tétrahydrocannabinol (delta-9-THC) ; les effets du cannabis ou du haschisch peuvent donc parfois perdurer ou survenir de nouveau durant 12-24 heures à cause du largage lent des substances psychoactives des tissus adipeux ou de la circulation entérohépatique.

Prévalence

La prévalence des épisodes actuels d'intoxication par le cannabis dans la population générale est inconnue. En revanche, il est probable que la plupart des utilisateurs de cannabis répondraient aux critères d'intoxication par le cannabis. Cela étant, la prévalence des utilisateurs de cannabis et celle des sujets ayant une intoxication par le cannabis sont probablement similaires.

Retentissement fonctionnel de l'intoxication par le cannabis

Le dysfonctionnement dû à l'intoxication par le cannabis peut avoir des conséquences graves, comme le dysfonctionnement au travail ou à l'école, un manque de retenue dans les relations sociales, l'incapacité à remplir les obligations habituelles, les accidents de la voie publique, et les rapports sexuels non protégés. Dans de rares cas, l'intoxication par le cannabis pourrait précipiter un épisode psychotique de durée variable.

Diagnostic différentiel

À noter que si la présentation clinique comporte des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, le diagnostic de trouble psychotique induit par une substance/un médicament doit être envisagé.

Autres intoxications aux substances. L'intoxication par le cannabis peut ressembler à l'intoxication par d'autres types de substances. En revanche, contrairement à l'intoxication par le cannabis, l'intoxication par l'alcool et l'intoxication par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques diminuent souvent l'appétit, augmentent les comportements agressifs et provoquent un nystagmus ou une ataxie. Les hallucinogènes à faibles doses peuvent provoquer un tableau clinique qui ressemble à l'intoxication par le cannabis. La phencyclidine, comme le cannabis, peut être fumée et provoque également des modifications de la perception mais l'intoxication par la phencyclidine est beaucoup plus souvent associée à une ataxie et un comportement agressif.

Autres troubles induits par le cannabis. L'intoxication par le cannabis se différencie des autres troubles induits par le cannabis (p. ex. trouble anxieux induit par le cannabis, survenant lors de l'intoxication) parce que les symptômes lors de ces derniers dominent la présentation clinique et sont suffisamment graves pour justifier, en eux-mêmes, une prise en charge clinique.

Sevrage du cannabis

Critères diagnostiques

292.0 (F12.288)

- A. Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c.-à-d. consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).
- B. Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après le critère A :
 - 1. Irritabilité, colère, ou agressivité.
 - 2. Nervosité ou anxiété.
 - 3. Troubles du sommeil (p. ex. insomnie, rêves perturbants).
 - 4. Diminution de l'appétit ou perte de poids.
 - 5. Fébrilité.
 - 6. Thymie dépressive.
 - 7. Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est 292.0. Le code CIM-10-MC pour le sevrage du cannabis est F12.288. À noter que le code CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble de l'usage du cannabis moyen ou grave, reflétant le fait que le sevrage du cannabis peut survenir uniquement en présence d'un trouble de l'usage du cannabis moyen ou grave. Il n'est pas permis de coder un trouble léger de l'usage du cannabis avec le sevrage du cannabis.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du sevrage du cannabis est la présence d'un syndrome de sevrage caractéristique qui se développe après l'arrêt ou la réduction significative d'un usage important et prolongé de cannabis. En plus des symptômes du critère B, les signes suivants peuvent être observés après l'arrêt : fatigue, bâillements, troubles de concentration et les périodes de recrudescence de l'appétit et de l'hypersomnie qui suivent les périodes initiales d'anorexie et d'insomnie (Budney et al. 2008 ; Copersino et al. 2006). Pour poser le diagnostic, les symptômes de sevrage doivent causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). De nombreux consommateurs de cannabis signalent qu'ils fument du cannabis ou prennent d'autres substances pour soulager les symptômes du sevrage et plusieurs signalent que les symptômes du sevrage rendent l'arrêt difficile ou ont contribué à la rechute (Budney et al. 2008 ; Copersino et al. 2006). Les symptômes en général ne sont pas suffisamment sévères pour nécessiter des soins médicaux, mais les stratégies médicamenteuses ou comportementales pourraient aider à soulager les symptômes et améliorer le pronostic pour ceux qui tentent d'arrêter leur consommation de cannabis.

Le sevrage du cannabis est souvent observé chez les sujets cherchant à se soigner pour la consommation de cannabis ainsi que chez les forts consommateurs de cannabis qui ne souhaitent pas se soigner. Parmi les individus qui ont consommé le cannabis de manière régulière durant une quelconque période de leur vie, jusqu'à un sur trois ont signalé des signes de sevrage du cannabis (Agrawal et al. 2008 ; Budney et

Hughes 2006 ; Hasin et al. 2008). Parmi les adultes et adolescents en traitement ou les consommateurs importants de cannabis, 50-95 % signalent un sevrage du cannabis (Budney et Hughes 2006 ; Chung et al. 2008 ; Copersino et al. 2006 ; Cornelius et al. 2008 ; Levin et al. 2010). Ces données indiquent que le sevrage du cannabis survient chez un nombre significatif de consommateurs réguliers de cannabis tentant d'arrêter.

Développement et évolution

La quantité, la durée et la fréquence de la consommation de cannabis nécessaire pour provoquer un syndrome de sevrage associé durant une tentative d'arrêt sont inconnues. La majorité des symptômes surviennent dans les premières 24-72 heures suivant l'arrêt, passant par un pic au cours de la 1^{re} semaine et durent environ 1-2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer plus de 30 jours. Le sevrage du cannabis a été documenté chez les adolescents et les adultes. Le sevrage a tendance à être plus fréquent et plus sévère chez les adultes, probablement en rapport avec la fréquence plus grande et plus persistante ainsi que la quantité consommée chez les adultes.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. La prévalence et la sévérité du sevrage du cannabis sont probablement plus importantes chez les grands consommateurs de cannabis et notamment chez ceux qui sont en demande de traitement pour les troubles de l'usage du cannabis (Budney et Hughes 2006). La sévérité du sevrage semble être associée de manière positive à la sévérité des symptômes comorbides des troubles mentaux.

Retentissement fonctionnel du sevrage du cannabis

Les consommateurs de cannabis signalent l'usage du cannabis pour soulager les symptômes du sevrage, suggérant que le sevrage du cannabis pourrait contribuer à l'expression continue du trouble de l'usage du cannabis. Des résultats moins favorables seraient associés aux sevrages plus sévères (Chung et al. 2008 ; Cornelius et al. 2008). Une proportion significative des adultes et des adolescents qui sont traités pour un trouble moyen à grave lié à l'usage du cannabis signale des symptômes du sevrage moyens à graves, et ils sont nombreux à se plaindre du fait que ces symptômes rendent l'arrêt plus difficile. Les consommateurs de cannabis consomment à nouveau du cannabis ou initient la consommation d'autres substances (p. ex. tranquillisants) pour se soulager des signes de sevrage du cannabis. Enfin, les individus qui habitent avec des consommateurs de cannabis observent des effets significatifs du sevrage, ce qui suggère que de tels symptômes perturbent la vie au quotidien.

Diagnostic différentiel

De nombreux signes du sevrage du cannabis sont également des signes des syndromes de sevrage d'autres substances ou des troubles bipolaires, une évaluation soigneuse doit s'assurer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par l'arrêt d'une autre substance (p. ex. sevrage de l'alcool ou du tabac), un autre trouble mental (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif caractérisé) ou une autre affection médicale.

Autres troubles induits par le cannabis

Les troubles induits par le cannabis suivants sont décrits dans d'autres chapitres de ce manuel avec les troubles partageant une même phénoménologie (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans ces chapitres) : trouble

psychotique induit par le cannabis (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble anxieux induit par le cannabis (« Troubles anxieux »), et troubles du sommeil induits par le cannabis (« Troubles veille-sommeil »). Pour l'état confusionnel lié à l'intoxication aiguë au cannabis, voir les critères et la discussion de l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par le cannabis sont diagnostiqués à la place d'une intoxication par le cannabis ou d'un sevrage du cannabis lorsque les symptômes sont suffisamment graves pour nécessiter une prise en charge clinique spécifique.

Trouble lié au cannabis non spécifié

292.9 (F12.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié au cannabis, entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié au cannabis ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles liés aux hallucinogènes

Trouble de l'usage de la phencyclidine
Trouble de l'usage d'un autre hallucinogène
Intoxication par la phencyclidine
Intoxication par un autre hallucinogène
Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes
Autres troubles induits par la phencyclidine
Autres troubles induits par des hallucinogènes
Trouble lié à la phencyclidine non spécifié
Trouble lié à des hallucinogènes non spécifié

Trouble de l'usage de la phencyclidine

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage de la phencyclidine (ou une substance pharmacologiquement similaire) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. La phencyclidine est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de la phencyclidine.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la phencyclidine, à utiliser la phencyclidine, ou à récupérer des effets de la phencyclidine.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser la phencyclidine.
 5. Usage répété de la phencyclidine conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'usage de la phencyclidine ;

absences, exclusions de l'école liées à la phencyclidine ; négligence des enfants ou des tâches ménagères).

6. Usage continu de la phencyclidine malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la phencyclidine (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication ; bagarres).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la phencyclidine.
8. Usage répété de la phencyclidine dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. conduire une voiture ou faire fonctionner une machine sous l'influence de la phencyclidine).
9. L'usage de la phencyclidine est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la phencyclidine.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de phencyclidine pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de phencyclidine.

N.B. : Les symptômes et signes de sevrage de la phencyclidine ne sont pas établis, et ainsi ce critère ne s'applique pas. (Le sevrage de la phencyclidine a été rapporté chez l'animal mais il n'a pas été documenté chez les consommateurs humains.)

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que les critères requis pour un trouble de l'usage de la phencyclidine aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser la phencyclidine » qui peut être rempli).

En rémission prolongée : Après que les critères requis pour un trouble de l'usage de la phencyclidine aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser la phencyclidine » qui peut être rempli).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si l'individu est dans un environnement où l'accès à la phencyclidine est limité.

Code reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si l'intoxication par la phencyclidine ou un autre trouble mental induit par la phencyclidine est également présent, ne pas utiliser les codes ci-dessous pour un trouble de l'usage de la phencyclidine. Le trouble comorbide de l'usage de la phencyclidine est indiqué à la place par le 4^e caractère du code pour le trouble induit par la phencyclidine (cf. la note de codage pour l'intoxication par la phencyclidine ou le trouble spécifique induit par la phencyclidine). Par exemple, s'il y a un trouble psychotique induit par la phencyclidine comorbide, seul le trouble psychotique induit par la phencyclidine est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage de la phencyclidine est léger, moyen ou grave : F16.159 pour un trouble de l'usage de la phencyclidine léger avec un trouble psychotique induit par la phencyclidine ou F16.259 pour un trouble de l'usage de la phencyclidine moyen ou grave avec un trouble psychotique induit par la phencyclidine.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.90 (F16.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.60 (F16.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.60 (F16.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire concernant la rémission lorsque la personne est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (c.-à-d. en rémission soit précoce soit prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction des substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

Les phencyclidines (ou les substances de type phencyclidine) incluent la phencyclidine (p. ex. PCP, poussière d'ange) et des composés moins puissants comme la kétamine, la cyclohexamine et la dizocilpine. Ces substances ont été développées initialement comme des anesthésiants dissociatifs dans les années cinquante et sont devenues des substances vendues dans la rue dans les années soixante. Elles provoquent une sensation de séparation entre le corps et l'esprit (d'où l'appellation « dissociatif ») aux faibles doses et, aux fortes doses, elles peuvent entraîner la stupeur et le coma. Ces substances sont le plus fréquemment fumées ou prises *per os*, elles peuvent être sniffées ou injectées. Bien que les principaux effets psychoactifs de la PCP durent pendant quelques heures, la vitesse d'élimination globale de cette drogue de l'organisme s'étend typiquement jusqu'à 8 jours voire plus. Les effets hallucinogènes chez les sujets vulnérables peuvent durer pendant plusieurs semaines et peuvent précipiter un épisode psychotique persistant qui ressemble à la schizophrénie (Luscher 2009). Il a été observé que la kétamine pourrait être utile dans les états dépressifs caractérisés (Aan Het Rot et al. 2012). Les signes de sevrage n'ont pas été clairement établis chez l'homme ; le critère de sevrage n'a donc pas été inclus dans le diagnostic du trouble de l'usage de la phencyclidine.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

La phencyclidine peut être décelée dans les urines durant 8 jours voire plus aux très fortes doses (Martin 2008). En plus des tests biologiques pour déceler sa présence, les signes caractéristiques résultant de l'intoxication par la phencyclidine ou des substances similaires peuvent faciliter le diagnostic. La phencyclidine est susceptible de provoquer des signes dissociatifs, analgésie, nystagmus et hypertension, avec risque d'hypotension et de choc. Les comportements violents peuvent également survenir suite à l'usage de la phencyclidine, puisque les sujets intoxiqués croient qu'ils sont menacés. Les signes résiduels consécutifs à l'usage peuvent ressembler à la schizophrénie.

Prévalence

La prévalence du trouble de l'usage de la phencyclidine est inconnue. Environ 2,5 % de la population signale une utilisation de la phencyclidine. La proportion des utilisateurs augmente avec l'âge : 0,3 % des sujets de 12 à 17 ans, 1,3 % des personnes de 18 à 25 ans et 2,9 % de celles de plus de 26 ans signalent une utilisation de la phencyclidine (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2012). Il y aurait eu une augmentation du nombre d'individus qui ont déjà utilisé la phencyclidine (de 1,8 à 2,3 %) et de ceux qui l'ont utilisée dans l'année (de 1,0 à 1,3 %) chez les lycéens en terminale (Johnson et al. 2012). L'usage dans l'année de la phencyclidine semble assez stable chez les élèves en terminale (1,6-1,7 % durant les 3 dernières années).

Facteurs de risque et pronostiques

Il existe peu de données concernant les facteurs de risque du trouble de l'usage de la phencyclidine. Parmi les sujets en soins pour traiter les troubles de l'usage d'une

substance, ceux chez qui la substance principale était la phencyclidine étaient plus jeunes que ceux admis pour l'usage d'autres substances, avaient un moindre niveau de scolarité et habitaient plus dans les régions de l'Ouest ou du Nord-est des États-Unis que les autres patients en soins ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2004](#)).

Questions diagnostiques liées à la culture

Les observations ont montré que l'usage de la kétamine chez les jeunes âgés de 16-23 ans est plus fréquent chez les blancs (0,5 %) que dans d'autres groupes ethniques (0-0,3 %) ([Wu et al. 2006](#)). Parmi les sujets admis en soins pour les troubles de l'usage d'une substance, ceux pour qui la substance principale était la phencyclidine étaient majoritairement noirs (49 %) ou hispaniques (29 %) ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2004](#)).

Questions diagnostiques liées au genre

Les hommes représentent environ trois quarts de ceux qui se présentent aux urgences pour un problème lié à la phencyclidine ([Thombs 1989](#)).

Marqueurs diagnostiques

Les tests biologiques peuvent être utiles, puisque la phencyclidine est présente dans les urines jusqu'à 8 jours après la prise chez un sujet intoxiqué ([Martin 2008](#)). L'anamnèse de la personne, ainsi que certains signes physiques comme un nystagmus, une analgésie et une hypertension marquée peuvent distinguer le tableau clinique de la phencyclidine de ceux des autres hallucinogènes.

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage de la phencyclidine

Chez les sujets ayant un trouble de l'usage de la phencyclidine, on peut observer des séquelles d'accidents, de bagarres et de chutes. L'usage chronique de la phencyclidine peut provoquer des troubles de la mémoire, de la parole et des cognitions qui peuvent persister pendant plusieurs mois ([Hanson et al. 2012](#)). L'intoxication par la phencyclidine peut être source de toxicité cardiovasculaire et neurologique (p. ex. crises convulsives, dystonie, dyskinésie, catatonie, hypothermie ou hyperthermie) ([O'Brien 2011](#)). D'autres conséquences incluent l'hémorragie intracrânienne, une rhabdomyolyse, des troubles respiratoires et (parfois) un arrêt cardiaque ([Baldridge et Bessen 1990](#)).

Diagnostic différentiel

Autres troubles de l'usage d'une substance. Différencier les effets de la phencyclidine de ceux d'autres substances est important, puisqu'elle peut être un adjuvant d'autres substances (p. ex. cannabis, cocaïne).

Schizophrénie et autres troubles mentaux. Certains effets de l'usage de la phencyclidine et des substances similaires peuvent ressembler aux signes d'autres troubles mentaux comme les psychoses (schizophrénie), l'humeur triste (état dépressif caractérisé), les comportements violents et agressifs (troubles des conduites, troubles de personnalité de type antisocial). Déterminer si ces comportements existaient avant l'usage de la drogue est important pour différencier les effets aigus de la substance d'un trouble mental préexistant. Un trouble psychotique induit par la phencyclidine doit être envisagé lorsqu'il existe une modification de l'appréciation de la réalité chez les sujets ayant des anomalies de la perception suite à la consommation de la phencyclidine.

Trouble de l'usage d'un autre hallucinogène

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique d'un hallucinogène (autre que la phencyclidine) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Un hallucinogène est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de l'hallucinogène.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir l'hallucinogène, à utiliser l'hallucinogène ou à récupérer des effets de l'hallucinogène.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser l'hallucinogène.
 5. Usage répété de l'hallucinogène conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'usage de l'hallucinogène ; absences, exclusions de l'école liées à l'hallucinogène ; négligence des enfants ou des tâches ménagères).
 6. Usage continu de l'hallucinogène malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'hallucinogène (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication ; bagarres).
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'hallucinogène.
 8. Usage répété de l'hallucinogène dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. conduire une voiture ou faire fonctionner une machine sous l'influence de l'hallucinogène).
 9. L'usage de l'hallucinogène est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'hallucinogène.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'hallucinogène pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité d'hallucinogène.

N.B. : Les symptômes et signes de sevrage des hallucinogènes ne sont pas établis ; aussi ce critère ne s'applique-t-il pas.

Spécifier l'hallucinogène précis.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'un hallucinogène aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser l'hallucinogène » qui peut être rempli).

En rémission prolongée : Après que tous critères du trouble de l'usage d'un hallucinogène aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser l'hallucinogène » qui peut être rempli).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'hallucinogène est limité.

Code reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par un hallucinogène ou un autre trouble mental induit par l'hallucinogène est également présent, ne pas utiliser les codes ci-dessous du trouble de l'usage d'un hallucinogène. Le trouble comorbide de l'usage d'un hallucinogène est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par l'hallucinogène (cf. la note de codage pour l'intoxication par l'hallucinogène ou le trouble spécifique induit par l'hallucinogène). Par exemple, s'il y a un trouble psychotique induit par l'hallucinogène comorbide, seul le trouble psychotique induit par l'hallucinogène est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble de l'usage d'un hallucinogène est léger, moyen ou grave : F16.159 pour un trouble de l'usage d'un hallucinogène léger avec un trouble psychotique induit par l'hallucinogène ou F16.259 pour un trouble de l'usage d'un hallucinogène moyen ou grave avec un trouble psychotique induit par l'hallucinogène.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.30 (F16.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.50 (F16.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.50 (F16.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire concernant la rémission lorsque la personne est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (c.-à-d. en rémission soit précoce soit prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

Les hallucinogènes désignent un groupe de substances diverses qui, malgré des différences au niveau de leurs structures chimiques et des différences potentielles au niveau des mécanismes moléculaires, provoque des modifications similaires de la perception, de l'humeur et de la cognition chez les utilisateurs. Les hallucinogènes incluent les phénylalkylamines (p. ex. mescaline, DOM [2,5-diméthoxy-4-méthylamphétamine] et MDMA [3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine, aussi nommée « ecstasy »]) ; les indole-amines, incluant la psilocybine (p. ex. psilocine) et la diméthyltryptamine (DMT) ; les ergolines, comme le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) et les grains de liseron. De plus, d'autres substances ethnobiologiques diverses sont considérées comme « hallucinogènes » dont deux exemples : *Salvia divinorum* et *Datura stramonium*. Le cannabis et sa substance active, le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), sont exclus du groupe des hallucinogènes (se référer à la partie « Troubles liés au cannabis »). Ces substances ont des effets hallucinogènes mais sont diagnostiquées séparément à cause de leurs effets psychologiques et comportementaux significativement différents.

Les hallucinogènes sont généralement pris oralement, bien que certaines formes soient fumées (p. ex. DMT, salvia) ou (rarement) prises par voie intranasale ou intraveineuse (p. ex. ecstasy). La durée des effets varie en fonction du type d'hallucinogène. Certaines substances (p. ex. LSD, MDMA) ont une demi-vie longue et une durée prolongée telles que les utilisateurs peuvent passer des heures voire des jours à consommer et/ou à récupérer des effets de ces drogues. En revanche, d'autres hallucinogènes (p. ex. DMT, salvia) ont une demi-vie courte. La tolérance aux hallucinogènes se développe avec leur usage répété et il a été signalé des effets psychologiques et au niveau du système nerveux autonome (Passie et al. 2008). Il existe une tolérance croisée entre le LSD et d'autres hallucinogènes (p. ex. psilocybine, mescaline), ce qui n'est pas vrai pour d'autres classes de substances comme les amphétamines et le cannabis (Passie et al. 2008).

La MDMA/ecstasy est une substance hallucinogène qui peut avoir des effets distincts attribués à la fois aux propriétés hallucinogènes et stimulantes. Chez les grands consommateurs, l'usage répété malgré les problèmes physiques ou psychologiques, la tolérance, l'usage dans des situations dangereuses et le fait de passer beaucoup de temps à se procurer la substance sont les critères les plus fréquemment signalés – plus de 50 % chez les adultes (Cottler et al. 2009) et plus de 30 % dans un échantillon plus jeune (Cottler et al. 2001), tandis que les problèmes avec la justice en rapport avec l'usage de la substance et le désir persistant/l'incapacité à arrêter sont rarement signalés. Comme pour les autres substances, les critères diagnostiques pour le trouble de l'usage d'autres hallucinogènes suivent un continuum de sévérité (Kerridge et al. 2011 ; L. T. Wu et al. 2010).

L'un des critères génériques pour les troubles de l'usage d'une substance, un syndrome de sevrage cliniquement significatif, n'a pas été signalé de manière régulière chez l'homme. Le diagnostic d'un syndrome de sevrage des hallucinogènes n'a donc pas été inclus dans le DSM-5. En revanche, il existe des arguments en faveur d'un syndrome de sevrage de la MDMA, avec la validation de deux ou plus de signes de sevrage observés chez 59-98 % des utilisateurs d'ecstasy dans certains échantillons. Les problèmes psychologiques et physiques ont été fréquemment signalés comme des problèmes du sevrage (Cottler et al. 2001 ; Cottler et al. 2009).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les signes caractéristiques de certaines substances hallucinogènes peuvent aider au diagnostic si les résultats de la toxicologie urinaire ou sanguine ne sont pas disponibles. Par exemple, les sujets qui consomment le LSD ont souvent des hallucinations visuelles qui peuvent être effrayantes. Les individus ayant une intoxication par des hallucinogènes peuvent avoir une augmentation transitoire de la suicidalité (Halpern 2003).

Prévalence

De tous les troubles de l'usage d'une substance, le trouble de l'usage d'une autre substance hallucinogène est l'un des plus rares. La prévalence durant les 12 derniers mois est estimée à 0,5 % chez les sujets de 12-17 ans (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011) et de 0,1 % chez les adultes de plus de 18 ans aux États-Unis (Compton et al. 2007). Les chiffres sont plus importants chez les hommes (0,2 %) que chez les femmes (0,1 %) mais l'opposé est observé chez les adolescents âgés de 12-17 ans, chez qui la prévalence des 12 derniers mois est légèrement plus importante chez les filles (0,6 %) que chez les garçons (0,4 %). La prévalence est plus importante chez les sujets de moins de 30 ans, avec un pic parmi les individus de 18-29 ans (0,6 %) et diminuant à quasiment 0,0 % chez les personnes de plus de 45 ans.

Il existe des différences nettes entre les ethnies quant à la prévalence du trouble de l'usage d'un autre hallucinogène durant les 12 derniers mois. Chez les jeunes âgés de 12-17 ans, la prévalence au cours des 12 derniers mois est plus importante chez les Indiens d'Amérique du Nord et de l'Alaska (1,2 %) que les chez les Hispaniques (0,6 %), les blancs (0,6 %), les Afro-Américains (0,2 %) et les Américains d'origine asiatique et des natifs des îles du Pacifique (0,07 %). Chez les adultes, la prévalence au cours des 12 derniers mois du trouble de l'usage d'un autre hallucinogène est similaire chez les Indiens de l'Amérique du Nord, les blancs et les Hispaniques (tous 0,02 %) mais légèrement moindre chez les Américains d'origine asiatique et des natifs des îles du Pacifique (0,07 %) et des Afro-Américains (0,03 %). La prévalence durant l'année est plus importante au sein des échantillons cliniques (p. ex. 19 % des adolescents en soins) (Chung et Martin 2005). Chez les individus utilisant actuellement des hallucinogènes au sein de la population générale, 7,8 % (adultes) à 17 % (adolescents) avaient une mode d'usage problématique qui répondait aux critères d'un trouble lié à l'usage d'un autre

hallucinogène dans l'année (Wu et al. 2008 ; Wu et al. 2009b). Dans certains groupes spécifiques de sujets qui utilisent les hallucinogènes (p. ex. usage important et récent d'ecstasy), 73,5 % des adultes et 77 % des adolescents ont une mode problématique d'usage qui pourrait répondre aux critères d'un trouble de l'usage d'un autre hallucinogène (Cottler et al. 2001 ; Cottler et al. 2009).

Développement et évolution

Contrairement à la plupart des substances où l'âge précoce du début est associé à l'augmentation du risque d'un trouble de l'usage d'une même substance, il n'est pas assuré qu'il existe une association entre l'âge précoce du début et l'augmentation du risque d'un trouble de l'usage d'un autre hallucinogène. En revanche, on observe une différence des modes de consommation des drogues en fonction de l'âge du début ; les consommateurs précoces d'ecstasy sont en effet plus probablement des consommateurs de multiples substances par rapport à ceux qui en consomment plus tardivement (Wu et al. 2009c). Il pourrait y avoir une influence disproportionnée de l'usage de certains hallucinogènes spécifiques sur le risque du développement d'un trouble de l'usage d'un autre hallucinogène ; ainsi la consommation d'ecstasy/MDMA augmente le risque de développer un trouble avec l'utilisation d'autres hallucinogènes (Wu et al. 2009b).

On en sait peu sur l'évolution du trouble de l'usage d'un autre hallucinogène mais on pense généralement qu'il a une faible incidence, une faible prévalence et un taux important de rémission. Les adolescents sont particulièrement à risque d'utiliser ces substances et on estime que 2,7 % des jeunes âgés de 12-17 ans ont utilisé au moins une de ces drogues au cours des 12 derniers mois, avec 44 % qui ont utilisé de l'ecstasy/MDMA (Wu et al. 2009b). Le trouble de l'usage d'un autre hallucinogène est observé principalement chez les sujets âgés de moins de 30 ans, avec disparition chez les personnes plus âgées.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Chez les adolescents mais inconstamment chez les adultes, l'usage de MDMA est associé à l'augmentation des taux d'usage d'un autre hallucinogène (Wu et al. 2008 ; Wu et al. 2009a ; Wu et al. 2009b). Les troubles de l'usage d'autres substances, notamment de l'alcool, du tabac et du cannabis, et l'état dépressif caractérisé sont associés à une augmentation de la prévalence du trouble de l'usage d'un autre hallucinogène (Wu et al. 2008 ; Wu et al. 2009b). La personnalité antisociale pourrait être plus fréquente chez les sujets qui utilisent plus de deux autres drogues en plus des hallucinogènes comparativement à ceux ayant eu de moindres consommations par le passé (Wu et al. 2009c). L'influence des comportements antisociaux à l'âge adulte – et non du trouble des conduites ou du trouble de la personnalité antisociale – sur le trouble de l'usage d'un autre hallucinogène pourrait être plus importante chez les femmes que chez les hommes (Compton et al. 2005). L'usage de certains hallucinogènes (p. ex. salvia) est remarquable chez les sujets de 18-25 ans ayant d'autres comportements à risque et des activités illégales (Perron et al. 2012). L'usage du cannabis a également été impliqué comme précurseur à l'initiation à la consommation d'hallucinogènes (p. ex. ecstasy) (Zimmermann et al. 2005), de même que l'usage précoce de l'alcool et du tabac (P. Wu et al. 2010). Une utilisation plus élevée chez les pairs et une importante recherche de sensations ont également été associées aux forts taux d'usage d'ecstasy (Martins et al. 2008). L'usage de MDMA/ecstasy semble concerner un groupe d'utilisateurs d'hallucinogènes plus graves.

Génétiques et physiologiques. Parmi les jumeaux, la variance totale due aux facteurs génétiques additifs a été estimée entre 26 et 79 % avec des preuves inconstantes pour les influences environnementales partagées (Kendler et al. 2000 ; Tsuang et al. 1998).

Questions diagnostiques liées à la culture

Historiquement, les hallucinogènes ont été consommés dans le cadre de pratiques religieuses établies telles que l'usage du peyote à l'église chez les Indiens d'Amérique et au Mexique. L'utilisation rituelle par les populations indigènes de psilocybine obtenue à partir de certains champignons a eu lieu en Amérique du Sud, au Mexique et dans certaines régions des États-Unis, ou de l'ayahuasca dans les sectes de Santo Daime et de l'União de Vegetal (El-Mallakh et al. 2008). L'utilisation régulière du peyote dans le cadre de rituels religieux n'a pas été liée à des déficits neuropsychologiques ou psychologiques (Halpern et al. 2005). Chez les adultes, il n'a pas été mis en évidence à ce jour de différences quant à la race ou l'ethnie pour l'ensemble des critères ou pour un quelconque critère individuel.

Questions diagnostiques liées au genre

Chez les adolescents, les filles remplissent moins souvent le critère « usage dangereux » que les garçons et le sexe féminin peut être associé à une probabilité augmentée de répondre au diagnostic de trouble de l'usage d'une autre substance hallucinogène (L.T. Wu et al. 2010).

Marqueurs diagnostiques

Les tests biologiques peuvent être utilisés pour distinguer entre les différentes substances hallucinogènes. En revanche, certaines substances (p. ex. LSD) ont une telle puissance qu'une dose aussi faible que 75 µg peut enclencher des réactions sévères ; l'examen toxicologique standard ne révélera pas toujours quelle substance a été utilisée.

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage d'un autre hallucinogène

Il existe des preuves en faveur d'effets neurotoxiques de l'usage à long terme de MDMA/ecstasy qui incluent les troubles de la mémoire, des fonctions psychologiques et des fonctions neuroendocrines ; le dysfonctionnement du système sérotoninergique et les troubles du sommeil ; ainsi que les effets indésirables au niveau de la microvascularisation cérébrale, la maturation de la substance blanche et les dommages causés aux axones (Gouzoulis-Mayfrank et Daumann 2009). L'usage de MDMA/ecstasy peut diminuer la connectivité entre les régions cérébrales (Salomon et al. 2011).

Diagnostic différentiel

Troubles de l'usage d'une autre substance. Les effets des hallucinogènes doivent être distingués de ceux des autres substances (p. ex. amphétamines), surtout à cause de la contamination fréquente des hallucinogènes avec d'autres drogues.

Schizophrénie. La schizophrénie doit également être éliminée, puisque certains individus qui en sont atteints (p. ex. les sujets schizophrènes qui ont des signes de paranoïa) peuvent attribuer à tort leurs signes à l'usage d'hallucinogènes (El-Mallakh et al. 2008).

Autres troubles mentaux ou affections médicales. D'autres troubles ou affections potentiels à évoquer sont les troubles paniques, dépressifs et bipolaires, le sevrage de l'alcool ou des substances sédatives, l'hypoglycémie et d'autres troubles métaboliques, un trouble épileptique, un accident vasculaire cérébral, un trouble ophtalmologique et les tumeurs du système nerveux central (El-Mallakh et al. 2008). Une anamnèse soignée de l'utilisation des substances, croisée avec les témoignages de la famille et des proches (si possible), l'âge, l'histoire clinique, l'examen physique et le bilan toxicologique doivent servir à poser un diagnostic définitif.

Comorbidité

Les adolescents qui font usage de MDMA/ecstasy et d'autres hallucinogènes, ainsi que les adultes qui ont récemment utilisé l'ecstasy, ont une prévalence plus importante de troubles de l'usage d'une autre substance par rapport à ceux qui n'ont pas utilisé des hallucinogènes (Wu et al. 2009a ; Wu et al. 2009b). Les personnes qui utilisent les hallucinogènes ont une prévalence augmentée d'autres troubles mentaux (notamment les troubles anxieux, dépressifs et bipolaires), particulièrement en rapport avec l'usage de l'ecstasy et la salvia (Perron et al. 2012 ; Wu et al. 2009a ; Wu et al. 2009c). Il existe une augmentation significative de la prévalence de la personnalité antisociale (mais pas du trouble des conduites) chez les sujets atteints d'un trouble de l'usage d'un autre hallucinogène, tout comme la prévalence des comportements antisociaux à l'âge adulte (Compton et al. 2005). En revanche, il n'est pas assuré que les troubles mentaux soient plutôt des précurseurs que des conséquences du trouble de l'usage d'un autre hallucinogène (se référer à « Facteurs de risque et pronostiques » de ce trouble). Les adultes et les adolescents qui utilisent de l'ecstasy ont une plus forte probabilité d'être des utilisateurs de multiples substances et d'avoir d'autres troubles de l'usage d'une autre substance que les autres utilisateurs de drogues (Wu et al. 2009a ; Wu et al. 2009b).

Intoxication par la phencyclidine

Critères diagnostiques

- A. Usage récent de phencyclidine (ou d'une substance similaire sur le plan pharmacologique).
- B. Changements comportementaux problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. bagarres, agressivité, impulsivité, imprévisibilité, agitation psychomotrice, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage de phencyclidine.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans l'heure qui suit :
N.B. : Lorsque la substance est fumée, « sniffée » ou utilisée par voie intraveineuse, la survenue peut être particulièrement rapide.
 - 1. Nystagmus horizontal ou vertical.
 - 2. Hypertension ou tachycardie.
 - 3. Engourdissement ou diminution de la réponse à la douleur.
 - 4. Ataxie.
 - 5. Dysarthrie.
 - 6. Rigidité musculaire.
 - 7. Crises convulsives ou coma.
 - 8. Hyperacousie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage de phencyclidine. S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage de phencyclidine, le code CIM-10-MC est **F16.129**, et s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine, le code CIM-10-MC est **F16.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage de la phencyclidine, le code CIM-10-MC est **F16.929**.

N.B. : En supplément à la partie « Retentissement fonctionnel de l'intoxication par la phencyclidine », se référer à la partie correspondante dans le trouble de l'usage de la phencyclidine.

Caractéristiques diagnostiques

L'intoxication par la phencyclidine se traduit par des modifications cliniquement significatives du comportement qui ont lieu très rapidement suite à la consommation de

cette substance (ou d'une substance similaire sur le plan pharmacologique). Les signes cliniques les plus fréquents de l'intoxication par la phencyclidine sont une désorientation, une confusion sans hallucination, les hallucinations ou les délires, un syndrome quasi catatonique et un coma de sévérité variable (McCarron et al. 1981a). L'intoxication dure typiquement quelques heures mais, en fonction des signes cliniques et de l'association d'une consommation d'autres drogues que la phencyclidine, elle peut durer plusieurs jours voire plus (McCarron et al. 1981a).

Prévalence

L'usage de la phencyclidine ou d'autres substances similaires peut être utilisé comme une estimation de la prévalence de l'intoxication par la phencyclidine (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011). Chez les lycéens, 2,3 % des élèves en terminale ont signalé une utilisation de la phencyclidine, dont 57 % qui l'ont utilisée au cours des 12 derniers mois (Johnston et al. 2012). Cela représente une augmentation par rapport à 2011. L'utilisation dans l'année de la kétamine, qui est évaluée séparément des autres substances, est restée stable dans le temps, avec environ 1,7 % des élèves en terminale qui ont signalé une consommation.

Marqueurs diagnostiques

Les tests biologiques peuvent s'avérer utiles, puisque la phencyclidine est décelable dans les urines jusqu'à 8 jours après une consommation, mais la corrélation entre les taux détectés et la présentation clinique d'un sujet est faible et peut donc avoir un intérêt limité pour son traitement. Les taux de créatine-phosphokinase et d'aspartate-aminotransférase peuvent être élevés.

Retentissement fonctionnel de l'intoxication par la phencyclidine

L'intoxication par la phencyclidine est responsable d'une toxicité cardiovasculaire et neurologique massive (p. ex. crises convulsives, dystonie, dyskinésie, catalepsie, hypothermie ou hyperthermie).

Diagnostic différentiel

En l'absence notamment d'appréciation correcte de la réalité (c.-à-d. en l'absence d'appréciation des perturbations perceptuelles), le diagnostic supplémentaire de trouble psychotique induit par la phencyclidine doit être envisagé.

Intoxication par une autre substance. L'intoxication par la phencyclidine doit être différenciée d'une intoxication par d'autres substances, dont d'autres hallucinogènes, une amphétamine, la cocaïne ou d'autres substances stimulantes, et par des substances anticholinergiques, ainsi que du sevrage des benzodiazépines (Bey et Patel 2007). La présence d'un nystagmus et les comportements bizarres et violents peuvent distinguer l'intoxication par la phencyclidine de celle par d'autres substances (Baldridge et Bessen 1990 ; McCarron et al. 1981b). Les tests toxicologiques peuvent s'avérer utiles pour faire cette distinction, puisque la phencyclidine est décelable dans les urines jusqu'à 8 jours après une consommation. En revanche, il existe une corrélation faible entre les taux toxicologiques quantitatifs de phencyclidine et la présentation clinique, ce qui diminue l'utilité des données biologiques dans le traitement du patient (Baldridge et Bessen 1990 ; Bey et Patel 2007 ; McCarron et al. 1981b).

Autres affections. Les autres affections qui doivent être envisagées incluent la schizophrénie, la dépression, le sevrage d'autres drogues (p. ex. sédatifs, alcool), certains troubles métaboliques comme l'hypoglycémie et l'hyponatrémie, les tumeurs du système nerveux central, les troubles épileptiques, une infection septique, le syndrome malin des neuroleptiques et les accidents vasculaires (Bey et Patel 2007).

Intoxication par un autre hallucinogène

Critères diagnostiques

- A. Usage récent d'un hallucinogène (autre que la phencyclidine).
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. anxiété ou dépression marquées, idées de référence, peur de devenir fou, mode de pensée persécutoire, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène.
- C. Altérations des perceptions survenant en pleine conscience, dans un état de plein éveil (p. ex. intensification subjective des perceptions, dépersonnalisation, déréalisation, illusions, hallucinations, synesthésies) qui se sont développées pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène.
- D. Au moins deux des signes suivants se développant pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène :
 - 1. Dilatation pupillaire.
 - 2. Tachycardie.
 - 3. Transpiration.
 - 4. Palpitations.
 - 5. Vision trouble.
 - 6. Tremblements.
 - 7. Incoordination motrice.
- E. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage d'un hallucinogène. S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage d'un hallucinogène, le code CIM-10-MC est **F16.129**, et s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène, le code CIM-10-MC est **F16.229**. Si aucun trouble de l'usage d'un hallucinogène n'est présent, le code CIM-10-MC est **F16.929**.

N.B. : Pour plus d'informations sur les caractéristiques associées en faveur du diagnostic et les caractéristiques liées à la culture, se référer aux sections correspondantes dans le trouble de l'usage d'un autre hallucinogène.

Caractéristiques diagnostiques

L'intoxication par un autre hallucinogène se traduit par les modifications comportementales ou psychologiques cliniquement significatives qui surviennent rapidement après avoir consommé une substance hallucinogène. En fonction de l'hallucinogène en question, l'intoxication peut durer quelques minutes (p. ex. pour la salvia) ou quelques heures voire plus (p. ex. pour le LSD [diéthylamide de l'acide lysergique], ou la MDMA [3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine]).

Prévalence

La prévalence de l'intoxication par un autre hallucinogène peut être estimée par la consommation de ces substances. Aux États-Unis, 1,8 % des individus de 12 ans ou plus ont signalé une utilisation d'hallucinogènes au cours de l'année. L'utilisation est plus prévalente chez les personnes plus jeunes, avec 3,1 % des sujets de 12-17 ans et 7,1 % des individus de 18-25 ans qui ont utilisé des hallucinogènes au cours de l'année, *versus* seulement 0,7 % des sujets de plus de 26 ans ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011](#)). La prévalence de l'utilisation d'un hallucinogène au cours des 12 derniers mois est plus importante chez les hommes (2,4 %) que chez les

femmes (1,2 %) et l'écart est encore plus élevé chez les personnes de 18-25 ans (9,2 % des hommes *versus* 5,0 % des femmes). Au contraire chez les sujets de 12-17 ans, il n'y a pas de différences entre les sexes (3,1 % pour les deux). Ces chiffres peuvent être utilisés comme des estimations indirectes des différences selon le sexe pour la prévalence de l'intoxication par un autre hallucinogène.

Risque suicidaire

L'intoxication par un autre hallucinogène peut augmenter le risque de conduites suicidaires, bien que le suicide soit rare chez les utilisateurs d'hallucinogènes (Halpern 2003 ; Martin 2008).

Retentissement fonctionnel de l'intoxication par un autre hallucinogène

L'intoxication par un autre hallucinogène peut avoir des conséquences graves. Les perturbations au niveau perceptuel et les altérations du jugement associées à l'intoxication par un autre hallucinogène peuvent provoquer des traumatismes ou des décès liés à des accidents de voiture, des bagarres physiques ou des traumatismes involontaires (p. ex. les tentatives pour « s'envoler » à partir de lieux élevés). Les facteurs environnementaux et la personnalité et les attentes du sujet utilisant un hallucinogène peuvent contribuer à la nature et la sévérité de l'intoxication. L'usage continu d'hallucinogènes, notamment de MDMA, a également été lié aux effets neurotoxiques (de Win et al. 2008).

Diagnostic différentiel

Intoxication par une autre substance. L'intoxication par un autre hallucinogène doit être différenciée de l'intoxication par les amphétamines, la cocaïne ou d'autres stimulants, par les anticholinergiques, les substances inhalées et la phencyclidine. Les tests pharmacologiques peuvent s'avérer utiles pour faire cette distinction et l'identification de la voie d'administration peut également être utile.

Autres affections. Les autres troubles et affections à envisager incluent la schizophrénie, la dépression, le sevrage d'autres substances (p. ex. sédatifs, alcool), certains troubles métaboliques (p. ex. hypoglycémie), les troubles épileptiques, les tumeurs du système nerveux central et les accidents vasculaires (El-Mallakh et al. 2008).

Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes. L'intoxication par d'autres hallucinogènes est distinguée du trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes car les signes de ce dernier trouble continuent de manière épisodique ou continue pendant des semaines (voire plus) après l'intoxication la plus récente.

Troubles induits par un autre hallucinogène. L'intoxication par un autre hallucinogène est distinguée du trouble induit par un autre hallucinogène (p. ex. trouble anxieux induit par les hallucinogènes, débutant durant l'intoxication) car les signes de ces derniers troubles dominent le tableau clinique et sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes

Critères diagnostiques

292.89 (F16.983)

- A. Après avoir cessé l'usage d'un hallucinogène, au moins un des symptômes perceptifs qui ont été ressentis au moment de l'intoxication par l'hallucinogène (p. ex. hallucinations

géométriques, fausses perceptions de mouvement à la périphérie du champ visuel, flashes de couleur, traînées d'images lors de la vision d'objets en mouvement, persistance des images après disparition des objets, halos autour des objets, macropsie et micropsie) est à nouveau éprouvé.

- B. Les symptômes du critère A causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - C. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale (p. ex. lésions anatomiques et infections cérébrales, épilepsies visuelles), et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. état confusionnel, démence, schizophrénie) ou par des hallucinations hypnopompiques.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes est la répétition transitoire de perturbations perceptives, lorsque le sujet s'abstient de consommer, qui rappellent celles éprouvées antérieurement au cours d'une intoxication aux hallucinogènes (critère A). Les signes peuvent inclure une quelconque perturbation perceptive mais les perturbations visuelles prédominent ([Halpern et Pope 2003](#)). Les perturbations perceptives peuvent inclure des formes géométriques, des images à la périphérie du champ visuel, des flashes de couleur, une intensification des couleurs, des traînées d'images (c.-à-d. des images qui demeurent suspendues sur la trajectoire d'un objet en mouvement comme on en voit en photographie stroboscopique), une perception d'objets entiers, une persistance des images (c.-à-d. une « ombre » de l'objet de même couleur ou en couleur complémentaire, persistant après la disparition de l'objet), des halos autour des objets, une macropsie, et une micropsie. La durée des perturbations visuelles peut être épisodique ou quasi continue et doit causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère B). Les perturbations peuvent durer pendant des semaines, des mois ou des années. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre affection médicale (p. ex. une lésion cérébrale, une psychose préexistante, un trouble épileptique, une migraine avec halo et sans céphalée) (critère C).

Le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes survient principalement suite à la consommation du LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) mais pas exclusivement ([El-Mallakh et al. 2008](#)). Il ne semble pas avoir de corrélation importante entre le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes et le nombre de prises d'hallucinogènes, avec certains épisodes de trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes qui se produisent chez les sujets ayant une exposition minimale aux hallucinogènes. Certains épisodes de trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes peuvent être déclenchés par la consommation d'autres substances (p. ex. cannabis ou alcool) ou par l'entrée dans un environnement sombre ([Abraham 1983](#)).

Caractéristiques associés en faveur du diagnostic

L'appréciation de la réalité demeure intacte (c.-à-d. la personne reconnaît que la perturbation est un effet de la drogue). Dans le cas contraire, un autre trouble pourrait mieux expliquer les perturbations des perceptions.

Prévalence

Les estimations de la prévalence du trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes sont inconnues. Les estimations préliminaires de la prévalence chez les personnes qui utilisent les hallucinogènes sont de l'ordre de 4,2 % ([Baggott et al. 2011](#)).

Développement et évolution

On en sait peu sur le développement du trouble persistant dû aux hallucinogènes. Comme le suggère la dénomination, son évolution est marquée par une persistance durant des semaines, des mois voire même des années chez certaines personnes.

Facteurs de risque et pronostiques

Il existe peu de données concernant les facteurs de risque des troubles persistants dus aux hallucinogènes, mais il a été suggéré que les facteurs génétiques représenteraient une possible explication sous-jacente à la vulnérabilité aux effets du LSD dans ce trouble ([Abraham 1983](#)).

Retentissement fonctionnel du trouble persistant dû aux hallucinogènes

Bien que le trouble persistant dû aux hallucinogènes demeure une affection chronique chez certains, de nombreux sujets ayant ce trouble réussissent à supprimer les perturbations et continuent à fonctionner normalement ([Abraham 1983](#)).

Diagnostic différentiel

Les affections à éliminer incluent la schizophrénie, les effets liés à d'autres drogues, les troubles neurodégénératifs, un accident vasculaire cérébral, une tumeur du cerveau et un traumatisme crânien ([El-Mallakh et al. 2008](#)). Les résultats de la neuro-imagerie dans le trouble persistant dû aux hallucinogènes sont généralement négatifs. Comme susmentionné, l'appréciation de la réalité demeure intacte (c.-à-d. la personne reconnaît que la perturbation est un effet de la drogue) ; dans le cas contraire, un autre trouble (p. ex. un trouble psychotique, une autre affection médicale) pourrait mieux expliquer les perturbations des perceptions.

Comorbidité

Les troubles mentaux comorbides fréquents qui accompagnent le trouble persistant dû aux hallucinogènes sont le trouble panique, le trouble de l'usage de l'alcool et l'épisode dépressif caractérisé ([El-Mallakh et al. 2008](#)).

Autres troubles induits par la phencyclidine

D'autres troubles induits par la phencyclidine sont décrits dans d'autres chapitres du manuel avec les troubles dont ils partagent la phénoménologie (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans ces chapitres) : trouble psychotique induit par la phencyclidine (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble bipolaire induit par la phencyclidine (« Troubles bipolaires et apparentés »), trouble dépressif induit par la phencyclidine (« Troubles dépressifs ») et trouble anxieux induit par la phencyclidine (« Troubles anxieux »). Pour l'état confusionnel de l'intoxication induite par la phencyclidine : voir les critères et la discussion de l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par la phencyclidine ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par la phencyclidine que lorsque les symptômes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Autres troubles induits par des hallucinogènes

Les autres troubles induits par des hallucinogènes sont décrits dans d'autres chapitres du manuel avec les troubles dont ils partagent la phénoménologie (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans ces chapitres) : trouble psychotique induit par un autre hallucinogène (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble bipolaire induit par un autre hallucinogène (« Troubles bipolaires et apparentés »), trouble dépressif induit par un autre hallucinogène (« Troubles dépressifs »), et trouble anxieux induit par un autre hallucinogène (« Troubles anxieux »). Pour l'état confusionnel de l'intoxication par un autre hallucinogène, voir les critères et la discussion de l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par des hallucinogènes ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par un autre hallucinogène que lorsque les symptômes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble lié à la phencyclidine non spécifié

292.9 (F16.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à la phencyclidine entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié à la phencyclidine ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Trouble lié à des hallucinogènes non spécifié

292.9 (F16.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à des hallucinogènes entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié aux hallucinogènes ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles liés aux substances inhalées

Trouble de l'usage des substances inhalées
Intoxication par des substances inhalées
Autres troubles induits par des substances inhalées
Trouble lié à des substances inhalées non spécifié

Trouble de l'usage des substances inhalées

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique de substances inhalées à base d'hydrocarbures conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. La substance inhalée est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance inhalée.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance inhalée, à utiliser la substance inhalée, ou à récupérer des effets de la substance inhalée.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance inhalée.
 5. L'usage répété de la substance inhalée conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Usage continu de la substance inhalée malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance inhalée.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance inhalée.
 8. Usage répété de la substance inhalée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'usage de la substance inhalée est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance inhalée.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de substance inhalée pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de substance inhalée.

Spécifier la substance inhalée précise : Lorsque cela est possible, la substance précise qui est impliquée doit être nommée (p. ex. « trouble lié à un solvant volatil »).

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage des substances inhalées aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au mois 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance inhalée » qui peut être rempli).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage des substances inhalées aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance inhalée » qui peut être présent).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès aux substances inhalées est limité.

Code reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par une substance inhalée ou un autre trouble mental induit par une substance inhalée est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage des

substances inhalées. Le trouble comorbide de l'usage des substances inhalées est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par une substance inhalée (cf. la note de codage de l'intoxication par des substances inhalées ou le trouble spécifique induit par des substances inhalées). Par exemple, s'il y a un trouble dépressif induit par les substances inhalées comorbide, seul le trouble dépressif induit par les substances inhalées est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide lié à l'usage des substances inhalées est léger, moyen ou grave : F18.14 pour un trouble léger de l'usage des substances inhalées avec un trouble dépressif induit par les substances inhalées ou F18.24 pour un trouble moyen ou grave de l'usage des substances inhalées avec un trouble dépressif induit par les substances inhalées.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.90 (F18.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.60 (F18.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.60 (F18.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

Ce manuel reconnaît l'usage des hydrocarbures volatils qui répond aux critères diagnostiques suscités comme le trouble de l'usage des substances inhalées. Les hydrocarbures volatils sont des gaz toxiques émanant des colles, carburants, peintures et d'autres composés volatils. Lorsque c'est possible, la substance en question doit être nommée (p. ex. « trouble de l'usage du toluène »). La plupart des composés inhalés sont, en revanche, un mélange de plusieurs substances capables d'induire des effets psychoactifs, et il est souvent difficile de déterminer la substance précisément responsable du trouble. Sauf lorsqu'il existe des preuves claires qu'une substance simple et unique a été consommée, le terme général « substance inhalée » doit être utilisé pour enregistrer le diagnostic. Des troubles en lien avec l'inhalation de l'oxyde nitrique ou de l'amyl-, butyl- ou isobutylnitrite sont considérés comme les troubles de l'usage d'une substance autre (ou inconnue).

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire concernant la rémission lorsque la personne est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (c.-à-d. en rémission soit précoce soit prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

La sévérité du trouble de l'usage des substances inhalées chez un individu est déterminée par le nombre de critères diagnostiques réunis. Les changements de sévérité avec le temps chez un sujet peuvent être reflétés par les changements de la fréquence (p. ex. le nombre de jours de consommation par mois) et/ou de la dose utilisée (p. ex. le nombre de tubes de colle par jour), évalués par les déclarations de la personne, celles des proches, les observations du clinicien et les bilans biologiques (lorsqu'ils sont réalisables).

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques du trouble de l'usage des substances inhalées incluent l'usage répété d'une substance inhalée par un sujet malgré la connaissance qu'elle cause des problèmes sérieux chez lui (critère A9). Ces problèmes sont reflétés par les critères diagnostiques.

Les absences au travail ou à l'école ou l'incapacité à remplir les obligations habituelles au travail ou à l'école (critère A5) et la consommation continuée de la substance inhalée malgré le fait qu'elle est source de conflits avec la famille ou les amis, les bagarres et d'autres problèmes sociaux et interpersonnels (critère A6) peuvent être observés dans

le trouble de l'usage des substances inhalées. Les contacts familiaux, les obligations professionnelles ou scolaires ou les activités de loisirs (p. ex. sports, jeux, loisirs) peuvent également être réduits (critère A7). L'utilisation de substances inhalées en conduisant ou en utilisant des machines (critère A8) est également observée.

La tolérance (critère A10) et le sevrage léger sont signalés par environ 10 % des consommateurs de substances inhalées et quelques sujets utilisent les substances inhalées pour éviter le sevrage (Ridenour et al. 2007). En revanche, puisque les signes de sevrage sont légers (Miyata et al. 2004), ce manuel ne reconnaît pas le diagnostic de sevrage des substances inhalées ni ne compte, parmi les critères diagnostiques du trouble de l'usage des substances inhalées, les plaintes de sevrage.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le diagnostic du trouble de l'usage des substances inhalées est conforté par les épisodes d'intoxication associés aux résultats négatifs lors des tests de dépistage standard (qui ne décèlent pas les substances inhalées), détention ou odeurs persistantes de substances inhalées, érythème péribuccal ou périnasal dit « du sniffeur de colle », association avec d'autres sujets ayant une consommation de substances inhalées connue, affiliation à un groupe ayant des consommations de substances inhalées notoires (p. ex. certaines communautés natives ou aborigènes, enfants sans domicile fixe dans les gangs), accès facile à certaines substances inhalées, détention de matériel associé à la consommation, présence des complications médicales typiques des troubles (p. ex. anomalies de la substance blanche du cerveau, rhabdomyolyse) et présence de troubles de l'usage de substances multiples (Wu et al. 2008). L'utilisation des substances inhalées et le trouble de l'usage des substances inhalées sont associés aux antécédents de tentative de suicide, particulièrement chez les adultes qui signalent des épisodes d'humeur triste ou d'anhédonie (Botnick et al. 2002 ; Howard et al. 2010).

Prévalence

Environ 0,4 % des Américains âgés de 12-17 ans ont une mode de consommation qui répond aux critères du trouble de l'usage des substances inhalées durant les 12 derniers mois (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2010). Parmi ces jeunes, la plus haute prévalence s'observe chez les Indiens et la plus faible chez les Afro-Américains. La prévalence diminue à environ 0,1 % chez les Américains âgés de 18-29 ans et de seulement 0,02 % lorsqu'on considère l'ensemble de la population américaine âgée de plus de 18 ans ; il n'y a quasiment pas de femmes et une majorité de Caucasiens. Bien entendu, chez certains sous-groupes isolés, la prévalence peut varier considérablement par rapport à ces chiffres globaux.

Développement et évolution

Environ 10 % des enfants américains âgés de 13 ans signalent qu'ils ont utilisé des substances inhalées au moins une fois ; ce pourcentage reste stable jusqu'à l'âge de 17 ans (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2008). Parmi les sujets utilisant des substances inhalées âgés de 12 à 17 ans, les substances les plus utilisées incluent la colle, le cirage à chaussures ou le toluène ; l'essence ou le combustible de briquet ; ou la peinture en aérosol (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2010).

Seulement 0,4 % des 12 à 17 ans vont progresser vers un trouble de l'usage des substances inhalées ; ces jeunes ont tendance à avoir de nombreux autres problèmes (Wu et al. 2004). La prévalence dégressive du trouble de l'usage des substances inhalées après l'adolescence indique que ce trouble régresse habituellement chez l'adulte jeune.

Le trouble de l'usage des hydrocarbures volatils est rare chez les enfants prépubères, le plus fréquent chez les adolescents et les adultes jeunes, et peu courant chez les personnes plus âgées. Les appels aux centres antipoison pour « abus volontaire » des substances inhalées passent par un pic chez les sujets âgés de 14 ans (Marsolek et al. 2010). Chez les adolescents qui utilisent les substances inhalées, peut-être un sur cinq développe un trouble de l'usage des substances inhalées ; (Perron et al. 2009) ; quelques-uns décèdent dans les accidents liés aux substances inhalées ou les « morts subites du sniffeur » (Pfeiffer et al. 2006). Mais le trouble s'amende chez de nombreux sujets après l'adolescence. La prévalence diminue de manière spectaculaire chez les personnes à la vingtaine. Ceux qui ont un trouble de l'usage des substances inhalées qui persiste à l'âge adulte ont des troubles sévères : troubles de l'usage d'une substance, personnalité antisociale et idées suicidaires avec des tentatives de suicide (Howard et al. 2010).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les facteurs prédictifs de la progression de la non-utilisation des substances inhalées vers l'utilisation, puis vers le trouble de l'usage des substances inhalées incluent les troubles comorbides liés à l'utilisation des substances non inhalées et, soit le trouble des conduites, soit la personnalité antisociale. D'autres facteurs prédictifs sont le début précoce de l'usage des substances inhalées et les antécédents de soins dans les structures de santé mentale (Compton et al. 2005 ; Howard et al. 2010 ; Wu et al. 2004).

Environnementaux. Les gaz inhalés sont largement et légalement disponibles, augmentant le risque de mésusage. La maltraitance ou les traumatismes dans l'enfance sont également associés à la progression d'une non-utilisation des substances inhalées vers un trouble de l'usage des substances inhalées (Perron et Howard 2009).

Génétiques et physiologiques. La désinhibition comportementale est un penchant général hautement héritable à ne pas contrôler son comportement d'une manière socialement acceptable, d'ignorer les normes et les règles sociétales et de prendre des risques dangereux, à la recherche de récompenses de manière excessive malgré la menace de conséquences dangereuses. Les jeunes ayant une forte désinhibition comportementale montrent des facteurs de risque du trouble de l'usage des substances inhalées : un trouble précoce de l'usage des substances impliquant de multiples substances, ainsi que des troubles précoces des conduites (Iacono et al. 2008). Dans la mesure où la désinhibition comportementale est sous une influence génétique forte, les jeunes issus de familles ayant des problèmes de substances et des comportements antisociaux sont à risque élevé d'un trouble de l'usage des substances inhalées (Perron et al. 2009).

Questions diagnostiques liées à la culture

Certaines communautés natives ou autochtones ont une haute prévalence du trouble de l'usage des substances inhalées (Cairney et Dingwall 2010 ; Mitchell et al. 2003). Dans certains pays aussi, des groupes d'enfants sans domicile fixe dans les gangs de rue ont des problèmes importants liés à l'utilisation de substances inhalées (Seth et al. 2005).

Questions diagnostiques liées au genre

Bien que la prévalence du trouble de l'usage des substances inhalées soit quasi identique chez les filles et les garçons adolescents, le trouble est très rare chez les femmes adultes.

Marqueurs diagnostiques

Les tests urinaires, salivaires ou de l'air expiré peuvent être utiles pour évaluer l'utilisation simultanée des substances non inhalées chez les sujets ayant un trouble de l'usage

des substances inhalées. En revanche, les problèmes techniques et les dépenses considérables des analyses rendent le dépistage biologique régulier des substances inhalées impraticable (Sakai et Crowley 2009).

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage des substances inhalées

À cause de leur toxicité intrinsèque, l'usage du butane ou du propane est régulièrement fatal (Marsolek et al. 2010). De plus, tout hydrocarbure volatil inhalé peut provoquer la mort subite dit « du sniffeur » par arythmie cardiaque (Sakai et Crowley 2009). Une évolution fatale peut se produire même lors d'une première utilisation et n'a probablement pas de rapport avec la dose utilisée. L'usage des hydrocarbures volatils endommage les fonctions neurocomportementales et provoque des problèmes neurologiques, gastro-intestinaux, cardiovasculaires et pulmonaires (Sakai et Crowley 2009).

Les consommateurs au long cours des substances inhalées sont à risque accru de tuberculose, de VIH/sida, de maladies sexuellement transmissibles, de dépression, d'anxiété, de bronchites, d'asthme et de sinusites (Han et al. 2010). Les décès surviennent suite à une dépression respiratoire, des arythmies, une asphyxie, une pneumopathie d'inhalation ou un accident et un traumatisme (Sakai et Crowley 2009).

Diagnostic différentiel

Exposition aux substances inhalées (involontaire) des accidents industriels ou autres. Cette désignation est utilisée lorsque les données sont en faveur d'une exposition répétée ou continue mais que le sujet impliqué et les autres témoins nient tout antécédent volontaire d'usage de substances inhalées.

Usage de substances inhalées (volontaire) sans critères d'un trouble de l'usage des substances inhalées. L'usage des substances inhalées est fréquent chez les adolescents mais chez la plupart des individus, il ne répond pas au standard diagnostique d'au moins deux des critères A du trouble de l'usage des substances inhalées durant l'année.

Intoxication par des substances inhalées, sans critères d'un trouble de l'usage des substances inhalées. L'intoxication par des substances inhalées peut fréquemment avoir lieu lors du trouble de l'usage des substances inhalées mais peut aussi survenir chez les sujets dont l'utilisation ne répond pas aux critères du trouble de l'usage des substances inhalées, ce qui nécessite au moins deux des dix critères diagnostiques dans l'année.

Troubles induits par les substances inhalées (c.-à d., trouble psychotique induit par les substances inhalées, trouble dépressif, troubles anxieux, trouble neurocognitif ou autre trouble induit par les substances inhalées). Les critères d'un trouble psychotique, dépressif, anxieux ou neurocognitif majeur sont présents et il existe des arguments selon l'anamnèse, l'examen physique ou le bilan biologique en faveur d'un lien étiologique avec les effets des substances inhalées. Des critères d'un trouble de l'usage des substances inhalées peuvent ne pas être présents (p. ex. moins de 2 des 10 critères sont présents).

Troubles de l'usage d'autres substances, particulièrement ceux des substances sédatives (c.-à-d. alcool, benzodiazépines, barbituriques). Le trouble de l'usage des substances inhalées est souvent associé à d'autres troubles de l'usage d'une substance, et les signes des troubles peuvent se chevaucher et être similaires. Pour faire la part entre les différents signes, il est utile d'enquêter sur quels signes ont persisté durant des périodes durant lesquelles certaines substances n'étaient pas consommées.

Autres troubles toxiques, métaboliques, traumatiques, néoplasiques ou infectieux altérant une fonction du système nerveux central ou périphérique. Les sujets ayant un trouble de l'usage de substances inhalées peuvent présenter des signes d'anémie pernicieuse, de dégénérescence mixte subaiguë de la moelle épinière, de psychose, de trouble cognitif majeur ou mineur, d'atrophie cérébrale, de leucoencéphalopathie et de nombreux autres troubles du système nerveux central ([Sakai et Crowley 2009](#)). Bien entendu, ces troubles peuvent également être présents en dehors d'un trouble de l'usage des substances inhalées. Une anamnèse qui montre peu ou pas d'utilisation de substances inhalées est utile pour exclure le trouble de l'usage des substances inhalées comme la source de ces problèmes médicaux.

Troubles d'autres systèmes. Les sujets ayant un trouble de l'usage des substances inhalées peuvent présenter des signes d'atteinte hépatique ou rénale, une rhabdomyolyse, une méthémoglobinémie ou des signes d'autres troubles gastro-intestinaux, cardiovasculaires ou pulmonaires ([Sakai et Crowley 2009](#)). Une anamnèse qui montre peu ou pas d'utilisation de substances inhalées est utile pour exclure le trouble de l'usage des substances inhalées comme la source de ces problèmes médicaux.

Comorbidité

Les individus ayant un trouble de l'usage des substances inhalées bénéficiant de soins cliniques ont souvent de nombreux autres troubles de l'usage d'une substance ([Wu et al. 2008](#)). Le trouble de l'usage des substances inhalées est souvent associé au trouble des conduites chez l'adolescent et à la personnalité antisociale chez l'adulte. L'utilisation de substances inhalées et le trouble de l'usage des substances inhalées chez l'adulte sont souvent associés à des idées suicidaires et à des tentatives de suicide ([Howard et al. 2010](#)).

Intoxication par des substances inhalées

Critères diagnostiques

- A. Usage intentionnel récent ou exposition accidentelle de courte durée aux substances inhalées à forte dose, incluant les hydrocarbures volatils comme le toluène ou l'essence.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. bagarres, agressivité, apathie, altération du jugement) qui se sont développés pendant, ou peu après, l'exposition aux substances inhalées.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants se développant pendant ou peu après l'usage ou l'exposition aux substances inhalées :
 - 1. Étourdissements.
 - 2. Nystagmus.
 - 3. Incoordination motrice.
 - 4. Discours bredouillant.
 - 5. Démarche ébrieuse.
 - 6. Léthargie.
 - 7. Diminution des réflexes.
 - 8. Ralentissement moteur.
 - 9. Tremblements.
 - 10. Faiblesse musculaire généralisée.
 - 11. Vision trouble ou diplopie.
 - 12. Stupeur ou coma.
 - 13. Euphorie.

D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage d'une substance inhalée. S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage d'une substance inhalée, le code CIM-10-MC est **F18.129**, et s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée, le code CIM-10-MC est **F18.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage d'une substance inhalée, le code CIM-10-MC est **F18.929**.

N.B. : Pour plus d'informations sur le développement et l'évolution, les facteurs de risque et pronostiques, les caractéristiques liées à la culture et les marqueurs diagnostiques, se référer aux sections correspondantes dans le trouble de l'usage des substances inhalées.

Caractéristiques diagnostiques

L'intoxication par des substances inhalées est un trouble cliniquement significatif en lien avec les substances inhalées qui se développe pendant ou juste après l'inhalation volontaire ou involontaire d'une substance hydrocarbonée volatile. Les hydrocarbures volatils sont des gaz toxiques émanant de colles, carburants, peintures et d'autres substances volatiles. Lorsque cela est possible, la substance en question doit être nommée (p. ex. intoxication au toluène). Chez ces sujets, l'intoxication cesse entre quelques minutes et quelques heures après la fin de l'exposition. Ainsi, l'intoxication par des substances inhalées a lieu généralement durant de brefs épisodes pouvant se répéter.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

L'intoxication par des substances inhalées peut être indiquée par les preuves de détention ou des odeurs persistantes d'une substance inhalée (p. ex. colle, dissolvant, essence, briquet à butane) ; une intoxication manifeste chez un sujet dont l'âge correspond à la prévalence la plus élevée (12-17 ans) ; et une intoxication manifeste associée aux résultats négatifs des dépistages standards de drogues qui, en général, n'identifient pas les substances inhalées.

Prévalence

La prévalence des épisodes réels d'intoxication par des substances inhalées au sein de la population générale est inconnue mais il est probable que la plupart des utilisateurs de substances inhalées aient une utilisation qui répondrait aux critères d'un trouble de l'usage des substances inhalées. La prévalence de l'utilisation de substances inhalées et celle du trouble d'intoxication par des substances inhalées seraient donc similaires. En 2009 et 2010, l'utilisation de substances inhalées au cours de l'année était signalée chez 0,8 % de l'ensemble des Américains de plus de 12 ans ; la plus haute prévalence était chez les groupes plus jeunes (3,6 % des personnes de 12 à 17 ans, et 1,7 % des individus de 18 à 25 ans) ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011a](#)).

Questions diagnostiques liées au genre

Les différences liées au sexe de la prévalence de l'intoxication par des substances inhalées au sein de la population générale sont inconnues. En revanche, si l'on suppose que la plupart des utilisateurs de substances inhalées auraient éventuellement une intoxication par des substances inhalées, les différences de prévalence au niveau du sexe des *utilisateurs* de substances inhalées représenteraient une approximation de la proportion d'hommes et de femmes qui ont eu une intoxication par des substances inhalées. Quant aux différences de prévalence liées au sexe des utilisateurs de substances inhalées aux États-Unis, 1 % des hommes âgés de plus de 12 ans et 0,7 % des femmes âgées de plus

de 12 ans ont utilisé des substances inhalées dans l'année mais parmi les groupes plus jeunes, plus de femmes que d'hommes ont utilisé des substances inhalées (p. ex. chez les personnes de 12-17 ans, 3,6 % des garçons et 4,2 % des filles) ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011b](#)).

Retentissement fonctionnel de l'intoxication par des substances inhalées

L'utilisation de substances inhalées dans un conteneur fermé comme un sac en plastique sur la tête peut provoquer une perte de connaissance, une anoxie et la mort. Par ailleurs, la mort subite due au sniff, probablement due à une arythmie ou à un arrêt cardiaque, peut être causée par différentes substances inhalées. La toxicité intrinsèque de certaines substances inhalées volatiles comme le butane ou le propane peut également être responsable de décès ([Marsolek et al. 2010](#)). Bien que l'intoxication par des substances inhalées soit de courte durée, elle peut être liée aux problèmes médicaux et neurologiques qui perdurent, particulièrement lorsque les intoxications sont fréquentes.

Diagnostic différentiel

Exposition aux substances inhalées, sans critères d'intoxication par des substances inhalées. Le sujet a volontairement ou involontairement inhalé les substances mais la dose était insuffisante pour répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de l'usage des substances inhalées.

Intoxication et troubles induits par l'usage d'autres substances/médicaments, particulièrement ceux des substances sédatives (p. ex. alcool, benzodiazépines, barbituriques). Ces troubles ont des signes et des symptômes similaires, mais l'intoxication est imputable aux autres substances psychoactives qui seraient identifiées grâce à un dépistage toxicologique. Différencier la source de l'intoxication peut impliquer la recherche de preuves en faveur d'une exposition aux substances inhalées, comme décrite pour le trouble de l'usage des substances inhalées. Le diagnostic d'une intoxication par des substances inhalées peut être suggéré par la détention ou les odeurs persistantes de substances inhalées (p. ex. colle, dissolvant, essence, briquets à butane), la détention de matériel de consommation (p. ex. chiffons ou sacs pour concentrer les émanations de colle), un « érythème du sniffeur de colle » péri-buccal ou péri-nasal, des témoignages de la famille ou des proches indiquant que la personne intoxiquée possède ou utilise des substances inhalées, une intoxication manifeste malgré les résultats négatifs sur les dépistages standards de drogues (qui n'identifient pas les substances inhalées), une intoxication évidente chez un sujet dans la tranche d'âge ayant la plus forte prévalence d'utilisation de substances inhalées (12-17 ans), la fréquentation de personnes ayant une utilisation connue de substances inhalées, l'appartenance à certaines communautés isolées, ayant une prévalence importante d'utilisation de substances inhalées (p. ex. certaines communautés natives ou aborigènes, enfants et adolescents sans domicile fixe), un accès inhabituel à certaines substances inhalées.

Autres troubles induits par les substances inhalées. Des épisodes d'intoxication par des substances inhalées surviennent durant d'autres troubles induits par les substances inhalées mais ne sont pas identiques. Ces troubles induits par les substances inhalées sont reconnus grâce à leurs critères diagnostiques respectifs : trouble de l'usage des substances inhalées, trouble neurocognitif lié aux substances inhalées, trouble psychotique lié aux substances inhalées, trouble dépressif lié aux substances inhalées, trouble anxieux lié aux substances inhalées, et d'autres troubles liés aux substances inhalées.

Autres troubles toxiques, métaboliques, traumatiques, néoplasiques ou infectieux qui endommagent la fonction cérébrale et la cognition. De nombreuses affections

neurologiques et médicales peuvent provoquer les changements comportementaux ou psychologiques cliniquement significatifs (p. ex. belligérance, agression, apathie, troubles du jugement) qui caractérisent également l'intoxication par des substances inhalées.

Autres troubles induits par des substances inhalées

Les troubles induits par les substances inhalées sont décrits dans d'autres chapitres de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la phénoménologie (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans ces chapitres) : trouble psychotique induit par les substances inhalées (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble dépressif induit par les substances inhalées (« Troubles dépressifs »), trouble induit par les substances inhalées (« Troubles anxieux »), et trouble neurocognitif léger ou majeur induit par les substances inhalées (« Troubles neurocognitifs »). Pour l'état confusionnel de l'intoxication par des substances inhalées, voir les critères et la discussion de l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par les substances inhalées ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par des substances inhalées que lorsque les signes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble lié à des substances inhalées non spécifié

292.9 (F18.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à des substances inhalées entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié aux substances inhalées ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles liés aux opiacés

Trouble de l'usage des opiacés
Intoxication par un opiacé
Sevrage d'un opiacé
Autres troubles induits par des opiacés
Trouble lié à des opiacés non spécifié

Trouble de l'usage des opiacés

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Les opiacés sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opiacés.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opiacés, à utiliser des opiacés ou à récupérer de leurs effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés.
5. Usage répété d'opiacés conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage continu d'opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opiacés.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'opiacés.
8. Usage répété d'opiacés dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage d'opiacés est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opiacés.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'opiacés pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'opiacés.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique des opiacés (*cf.* les critères A et B du sevrage d'un opiacé, p. 709).
 - b. Les opiacés (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage des opiacés aient été préalablement remplis, aucun ne l'a plus été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés », qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage des opiacés aient été préalablement remplis, aucun ne l'a plus été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés », qui peut être présent).

Spécifier si :

Sous traitement de maintien : Cette spécification supplémentaire est utilisée si la personne prend un traitement agoniste prescrit comme la méthadone ou la buprénorphine et aucun des critères du trouble de l'usage d'opiacés n'est présent pour cette classe de substance (à l'exception de la tolérance de l'agoniste ou à son sevrage). Cette spécification s'applique également à ceux ayant un traitement de maintien par un agoniste partiel, un agoniste/antagoniste, ou un antagoniste complet comme la naltrexone orale ou la naltrexone retard.

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès aux opiacés est limité.

Code reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par un opiacé, le sevrage d'un opiacé, ou un autre trouble liés à un opiacé est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage des opiacés.

Le trouble comorbide de l'usage d'opiacé est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par l'opiacé (cf. la note de codage pour l'intoxication par un opiacé, le sevrage d'un opiacé ou un autre trouble mental spécifique induit par un opiacé). Par exemple, s'il y a un trouble dépressif induit par les opiacés et un trouble de l'usage des opiacés, seul le trouble dépressif induit par les opiacés est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage d'opiacés est léger, moyen ou grave : F11.14 pour un trouble de l'usage des opiacés léger avec un trouble dépressif induit par les opiacés ou F11.24 pour un trouble de l'usage d'opiacé moyen ou grave avec un trouble dépressif induit par les opiacés.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.50 (F11.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.00 (F11.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.00 (F11.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« Sous traitement de maintien » convient comme spécification supplémentaire chez les individus qui sont à la fois en rémission et bénéficiant d'une thérapie de substitution. « En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire quand le sujet est à la fois en rémission et dans un environnement contrôlé ou protégé (c.-à-d. en rémission précoce et dans un environnement protégé ou en rémission prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble de l'usage des opiacés comprend des signes et des symptômes qui reflètent une auto-administration prolongée et compulsive d'opiacés utilisés sans raison médicale légitime ou, s'il existe une autre affection médicale nécessitant un traitement par les opiacés, ceux-ci sont utilisés à des doses largement en excès par rapport à la quantité requise par cette affection. (Par exemple, un sujet à qui est prescrit un opiacé dans un but antalgique, à une dose adaptée, va utiliser des doses significativement plus élevées que celles de la prescription et non uniquement en raison de la persistance de la douleur.) Les personnes ayant un trouble de l'usage des opiacés tendent à développer des modes compulsifs d'utilisation régulière, si bien que les activités quotidiennes sont organisées autour de l'obtention et de la consommation d'opiacés. Les opiacés sont, en général, achetés sur le marché illégal mais peuvent aussi être obtenus auprès de médecins en simulant ou en exagérant des problèmes médicaux généraux, ou grâce à des prescriptions simultanées de plusieurs médecins. Les professionnels de santé qui ont un trouble de l'usage des opiacés obtiennent souvent les opiacés en rédigeant des ordonnances pour leur propre usage, ou en détournant des opiacés prescrits pour des patients ou des réserves de la pharmacie. La plupart des sujets ayant un trouble de l'usage des opiacés ont des niveaux significatifs de tolérance et vont subir un sevrage en cas d'arrêt brutal des opiacés. Les individus ayant un trouble de l'usage des opiacés développent souvent des réponses conditionnées aux stimuli en relation avec la drogue (p. ex. envie impérieuse [*craving*] à la vue de toute substance ressemblant à l'héroïne en poudre) – un phénomène survenant avec la plupart des drogues qui provoquent d'intenses modifications psychologiques. Ces réponses favorisent probablement les rechutes, ne donnent pas lieu facilement à un phénomène d'extinction, et persistent habituellement longtemps après l'arrêt de la prise de la drogue (Fatseas et al. 2011b).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le trouble de l'usage des opiacés est habituellement associé à des antécédents criminels liés à la drogue (p. ex. détention ou distribution de drogue, contrefaçon, vol, attaque à main armée, larcins ou recel de marchandises volées). Chez les professionnels de la santé et les sujets qui ont un accès direct à des substances contrôlées, les modalités habituelles des activités illégales sont différentes, comportant des problèmes avec les ordres professionnels, le personnel médical des hôpitaux ou d'autres instances administratives. Difficultés conjugales (notamment divorce), chômage ou travail irrégulier sont souvent associés au trouble de l'usage des opiacés, quel que soit le niveau socio-économique.

Prévalence

La prévalence sur 12 mois du trouble de l'usage des opiacés est d'environ 0,37 % chez les adultes âgés de 18 ans et plus dans la population générale (Compton et al. 2007). Ce pourcentage est peut-être sous-estimé en raison du nombre élevé de sujets emprisonnés ayant un trouble de l'usage des opiacés (Compton et al. 2010). Le taux est plus élevé chez l'homme que chez la femme (0,49 % contre 0,26 %), le ratio selon le sexe étant habituellement de 1,5/1 pour les opiacés autres que l'héroïne (c.-à-d. obtenus sur prescription) et de 3/1 pour l'héroïne (Wu et al. 2009). Chez les adolescentes, le risque de développer un trouble de l'usage des opiacés est plus élevé. La prévalence décroît avec l'âge, la prévalence la plus élevée (0,82 %) s'observant chez les jeunes adultes jusqu'à 29 ans, alors qu'elle atteint 0,09 % des adultes âgés de 65 ans et plus. Chez les adultes, la prévalence du trouble de l'usage des opiacés est la plus faible chez les Afro-Américains à 1,18 % et surreprésentée chez les Indiens d'Amérique à 1,25 %. Elle est proche de la moyenne chez les blancs (0,38 %), les Asiatiques et les natifs des îles du Pacifique (0,35 %) et les hispaniques (0,39 %) (Wu et al. 2009).

Parmi les personnes vivant aux États-Unis âgés de 12 à 17 ans, la prévalence globale sur 12 mois du trouble de l'usage des opiacés en population générale est d'environ 1,0 % mais la prévalence du trouble de l'usage de l'héroïne est inférieure à 0,1 %. En revanche, le trouble de l'usage des analgésiques a une prévalence d'environ 1 % chez les sujets âgés de 12 à 17 ans, ce qui souligne l'importance des analgésiques opiacés comme groupe de substances ayant des conséquences sanitaires significatives (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011).

La prévalence sur 12 mois d'une utilisation d'opiacés problématique dans les pays européens en population générale chez les sujets âgés de 15 à 64 ans se situe entre 0,1 et 0,8 %. La prévalence moyenne d'une utilisation d'opiacés problématique dans l'Union Européenne et en Norvège se situe entre 0,36 et 0,44 % (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010).

Développement et évolution

Le trouble de l'usage des opiacés peut commencer à n'importe quel âge mais, le plus souvent, les problèmes liés à l'utilisation des opiacés sont observés pour la première fois à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine. Une fois que le trouble de l'usage des opiacés se développe, il est généralement continu sur une période de plusieurs années, même si de brèves périodes d'abstinence sont fréquentes. Dans les populations traitées, la rechute après abstinence est fréquente. Malgré les rechutes et alors qu'on a parfois rapporté des taux de mortalité à long terme atteignant 2 % par an, environ 20 à 30 % des sujets atteints de trouble de l'usage des opiacés deviennent abstinentes à long terme. Une exception à cette évolution typique chronique a été observée chez les hommes engagés au Vietnam et qui y étaient devenus dépendants des opiacés. À leur retour aux États-Unis, plus de 90 % de ceux qui avaient été dépendants aux opiacés sont

devenus abstinents mais ils ont présenté une incidence accrue de troubles liés à l'usage de l'alcool ou des amphétamines, ainsi qu'une augmentation des conduites suicidaires (Price et al. 2001).

L'âge est associé à une diminution de la prévalence en raison d'une mortalité précoce et de la rémission des symptômes après 40 ans (c.-à-d. l'arrêt lié à la maturation : *maturing out*). Cependant, de nombreux sujets continuent à avoir des symptômes répondant aux critères du trouble de l'usage des opiacés pendant des décennies (Hser et al. 2007).

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. Les risques de développer un trouble de l'usage des opiacés sont liés à des facteurs individuels, familiaux, aux pairs et à l'environnement social (Kendler et al. 2003 ; Tsuang et al. 1998) mais parmi eux, les facteurs génétiques jouent un rôle particulièrement important, à la fois direct et indirect. Par exemple, l'impulsivité et la recherche de nouveauté sont des tempéraments individuels liés à la propension à développer un trouble de l'usage d'une substance mais qui peuvent eux-mêmes être déterminés génétiquement. Les facteurs concernant les pairs peuvent être liés à une prédisposition génétique portant sur la façon dont un sujet choisit son environnement.

Questions diagnostiques liées à la culture

Malgré de petites variations liées à des critères individuels, les critères du trouble de l'usage des opiacés sont bien adaptés aux différents groupes ethniques. Les membres de certaines minorités ethniques vivant dans des zones économiquement défavorisées sont surreprésentés parmi les personnes ayant un trouble de l'usage des opiacés. Cependant, au fil du temps, le trouble de l'usage des opiacés s'observe plus fréquemment chez les blancs des classes moyennes, en particulier les femmes, ce qui suggère que les différences d'utilisation sont en rapport avec la disponibilité des drogues opiacées et que d'autres facteurs sociaux ont un impact sur la prévalence de ce trouble. Le personnel médical qui a un accès direct aux opiacés aurait un risque accru de trouble de l'usage des opiacés.

Marqueurs diagnostiques

Les tests toxicologiques urinaires de routine sont souvent positifs chez les sujets ayant un trouble de l'usage des opiacés. Avec la plupart des opiacés (p. ex. l'héroïne, la morphine, la codéine, l'oxycodone, le propoxyphène), les tests urinaires restent positifs 12 à 36 heures après l'administration. Le fentanyl n'est pas détecté par les tests urinaires usuels mais peut être identifié par des procédures plus spécialisées pendant plusieurs jours. Le dosage de la méthadone, de la buprénorphine (ou l'association buprénorphine/naloxone) et du LAAM (L-alpha-acétylméthadol) doit être spécifiquement demandé et ces produits ne sont pas détectés par les tests usuels. Ils peuvent être identifiés pendant plusieurs jours et jusqu'à plus d'une semaine. Des résultats de laboratoire montrant la présence d'autres substances (p. ex. cocaïne, marijuana, alcool, amphétamines, benzodiazépines) sont habituels. Les tests de dépistage pour les hépatites A, B et C sont positifs chez 80 à 90 % des utilisateurs d'opiacés par voie intraveineuse, soit pour l'antigène de l'hépatite (ce qui montre une infection active), soit pour l'anticorps de l'hépatite (ce qui montre des antécédents d'infection). Le VIH est également présent chez un grand nombre d'utilisateurs d'opiacés par voie intraveineuse. Une élévation modérée des paramètres de la fonction hépatique est habituelle, soit du fait d'une hépatite en cours de résolution, soit du fait d'une atteinte toxique du foie par des impuretés mélangées à l'opiacé injecté. Des changements minimes du profil de la sécrétion de cortisol et de la régulation de la température corporelle ont été observés jusqu'à 6 mois après l'arrêt de la prise d'opiacés.

Risque suicidaire

Comme dans le cas général des troubles liés à l'usage d'une substance, le trouble de l'usage des opiacés est associé à une élévation du risque de tentative de suicide ou de suicide accompli. Sont particulièrement notables les surdoses d'opiacés accidentelles ou volontaires. Certains autres facteurs de risque chevauchent ceux associés au trouble de l'usage des opiacés. De plus, des intoxications par les opiacés ou des sevrages répétés peuvent être associés avec une dépression sévère qui, bien que passagère, peut être suffisamment intense pour entraîner des tentatives de suicide ou des suicides accomplis. Les données disponibles suggèrent qu'une surdose d'opiacés accidentelle non mortelle (ce qui est fréquent) et une tentative de suicide sont des problèmes cliniquement significatifs distincts qui ne doivent pas être confondus.

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage des opiacés

La consommation d'opiacés est associée à un défaut de sécrétions causant une sécheresse buccale et nasale. Un ralentissement de l'activité gastro-intestinale et une diminution de la motilité intestinale peuvent provoquer une constipation sévère. L'acuité visuelle peut être altérée du fait de la constriction pupillaire lors d'une administration aiguë. Chez les sujets qui utilisent les opiacés par voie intraveineuse, des veines sclérosées (« cordons ») et des marques d'injection sur la partie inférieure des membres supérieurs sont habituelles. Les veines peuvent devenir tellement sclérosées que des œdèmes périphériques se développent et que les individus se mettent à utiliser des veines des jambes, du cou ou de l'aîne. Quand ces veines deviennent inutilisables, les sujets font souvent l'injection directement dans le tissu sous-cutané (« bouloches »), ce qui entraîne des cellulites, des abcès et des cicatrices d'apparence circulaire témoignant de lésions cutanées guéries. Le tétanos et les infections dues à *Clostridium botulinum* représentent des conséquences relativement rares mais extrêmement graves des injections d'opiacés, en particulier avec des aiguilles contaminées. Des infections peuvent toucher d'autres organes et comprennent endocardite bactérienne, hépatite et infection par le VIH. Une infection par le virus de l'hépatite C, par exemple, peut atteindre jusqu'à 90 % des sujets qui s'injectent des opiacés. De plus, la prévalence de l'infection par le VIH peut être élevée chez les personnes qui prennent des drogues par voie intraveineuse, dont une large proportion a un trouble de l'usage des opiacés. On a rapporté des taux d'infection par le VIH allant jusqu'à 60 % chez les héroïnomanes ayant un trouble de l'usage des opiacés dans plusieurs régions des États-Unis ou de la Fédération de Russie. Cependant, dans d'autres régions, ce taux peut être de 10 % ou moins, particulièrement celles où il est possible d'accéder à du matériel ou des procédures d'injection stériles (Fatseas et al. 2011a).

La tuberculose est un problème particulièrement sérieux chez les sujets qui se droguent par voie intraveineuse, surtout ceux qui sont dépendants de l'héroïne. L'infection est en général asymptomatique et mise en évidence seulement par la positivité de la réaction cutanée à la tuberculine. Toutefois, de nombreux cas de tuberculose active ont été retrouvés particulièrement chez les sujets infectés par le VIH. Ces derniers ont souvent une primo-infection mais sont aussi susceptibles d'être confrontés à la réactivation d'une infection antérieure du fait de l'altération des fonctions immunitaires.

Les personnes qui prennent de l'héroïne ou d'autres opiacés par voie nasale (« snif-feurs ») développent souvent une irritation de la muqueuse nasale, parfois accompagnée d'une perforation de la cloison nasale. Les troubles de la fonction sexuelle sont fréquents. Les hommes présentent souvent des troubles de l'érection au cours de l'intoxication ou d'une utilisation chronique. Les femmes ont habituellement des anomalies de la fonction de reproduction et des règles irrégulières.

En plus des infections telles que la cellulite, l'hépatite, le sida, la tuberculose et l'endocardite, le trouble de l'usage des opiacés est associé à des taux de mortalité très élevés,

atteignant 1,5 à 2 % par an. La mort résulte, le plus souvent, de surdosage, d'accidents, de blessures, du sida ou d'autres complications médicales générales. Les accidents et les blessures dus à des violences en relation avec l'achat ou la vente de drogues sont habituels. Dans certaines régions, la violence liée aux opiacés conduit à une mortalité plus élevée que celle entraînée par les surdosages ou l'infection par le VIH. Une dépendance physique aux opiacés survient chez environ la moitié des nourrissons nés de mères ayant un trouble de l'usage des opiacés ; elle peut conduire à un syndrome de sevrage sévère nécessitant un traitement médical. Bien qu'on observe aussi de faibles poids de naissance chez les nouveau-nés de mères ayant un trouble de l'usage des opiacés, cette anomalie n'est généralement ni marquée ni associée à des conséquences indésirables graves.

Diagnostic différentiel

Troubles mentaux induits par les opiacés. Les troubles mentaux induits par les opiacés surviennent souvent chez des sujets ayant un trouble de l'usage des opiacés. Les troubles induits par les opiacés peuvent être caractérisés par des symptômes (p. ex. humeur dépressive) qui ressemblent à des troubles mentaux primaires (p. ex. trouble dépressif persistant [dysthymie] *vs* trouble dépressif induit par les opiacés, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant l'intoxication). Les opiacés sont moins susceptibles de produire des symptômes de troubles mentaux que la plupart des autres drogues donnant lieu à abus. L'intoxication par un opiacé et le sevrage d'un opiacé se distinguent des autres troubles induits par des opiacés (p. ex. le trouble dépressif induit par les opiacés, avec caractéristiques dépressives, avec début pendant l'intoxication) par le fait que les symptômes de ces derniers troubles sont au premier plan du tableau clinique et sont suffisamment graves pour justifier par eux-mêmes une prise en charge clinique.

Intoxication par d'autres substances. L'intoxication par l'alcool et l'intoxication par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent causer un tableau clinique qui ressemble à celui de l'intoxication par un opiacé. Un diagnostic d'intoxication par l'alcool, ou par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peut, en général, être fait en se fondant sur l'absence de constriction pupillaire ou sur l'absence de réponse au test à la naloxone. Dans certains cas, l'intoxication peut être due à la fois aux opiacés et à l'alcool ou à d'autres sédatifs. Dans ces cas, le test à la naloxone n'inversera pas tous les effets sédatifs.

Autres sevrages. L'anxiété et la fièvre associées au sevrage des opiacés ressemblent aux symptômes notés dans le sevrage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Cependant, le sevrage des opiacés s'accompagne aussi d'une rhinorrhée, d'un larmoiement et d'une dilatation pupillaire, lesquels ne sont pas observés dans les sevrages aux substances de type sédatif. Des pupilles dilatées sont aussi notées dans l'intoxication par les hallucinogènes et l'intoxication par les stimulants. Toutefois, d'autres signes ou symptômes du sevrage des opiacés tels que nausées, vomissements, diarrhée, crampes abdominales, rhinorrhée ou larmoiement ne sont pas présents.

Comorbidité

Les affections médicales le plus souvent associées avec un trouble de l'usage des opiacés sont les infections virales (p. ex. VIH, virus de l'hépatite C) et bactériennes, en particulier parmi les consommateurs d'opiacés par injection. Ces infections sont moins fréquentes en cas de trouble de l'usage des opiacés par des opiacés sur prescription. Le trouble de l'usage des opiacés est souvent associé à d'autres troubles de l'usage d'une substance, en particulier le tabac, l'alcool, le cannabis, les stimulants et les benzodiazépines, lesquels sont souvent pris pour réduire les symptômes de sevrage des opiacés ou de l'envie impérieuse (*craving*) pour les opiacés, ou pour augmenter les

effets des opiacés administrés. Les sujets ayant un trouble de l'usage des opiacés sont à risque de développer un état dépressif léger à moyen qui répond aux critères symptomatiques et de durée du trouble dépressif persistant (dysthymie) ou, dans certains cas, du trouble dépressif caractérisé (Compton et al. 2005). Ces symptômes peuvent correspondre à un trouble dépressif induit par un opiacé ou à une aggravation d'un trouble dépressif primaire préexistant. Les périodes de dépression sont particulièrement fréquentes au cours de l'intoxication chronique ou en association avec des facteurs de stress physiques ou psychosociaux en relation avec le trouble de l'usage des opiacés. L'insomnie est fréquente, notamment lors du sevrage. Un trouble de la personnalité antisociale est beaucoup plus fréquent chez les sujets ayant un trouble de l'usage des opiacés que dans la population générale (Compton et al. 2005). Le trouble de stress post-traumatique s'observe également avec une fréquence plus élevée (Price et al. 2004). Un antécédent de trouble des conduites dans l'enfance ou l'adolescence a été identifié comme un facteur de risque significatif pour le trouble de l'usage de substances, en particulier le trouble de l'usage des opiacés.

Intoxication par un opiacé

Critères diagnostiques

- A. Usage récent d'un opiacé.
- B. Troubles du comportement ou modifications psychologiques, cliniquement significatifs (p. ex. euphorie initiale suivie par de l'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement moteur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un opiacé.
- C. Constriction pupillaire (ou dilatation pupillaire due à l'anoxie en cas de surdose grave) et au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après l'usage d'opiacés :
 - 1. Somnolence ou coma.
 - 2. Discours bredouillant.
 - 3. Altération de l'attention ou de la mémoire.
- D. Les signes et symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : Cette spécification peut être utilisée dans les rares cas où des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles surviennent en l'absence d'état confusionnel.

Note de codage : le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble de l'usage d'un opiacé associé et qu'il y ait ou non une perturbation des perceptions.

Pour l'intoxication par un opiacé sans perturbations des perceptions : S'il y a un trouble léger de l'usage d'un opiacé comorbide, le code CIM-10-MC est **F11.129**, et s'il y a un trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé comorbide, le code CIM-10-MC est **F11.229**. S'il n'y a pas de trouble de l'usage du cannabis comorbide, le code est **F11.929**.

Pour l'intoxication par un opiacé avec perturbations des perceptions : S'il y a un trouble léger de l'usage d'un opiacé comorbide, le code CIM-10-MC est **F11.122**, et s'il y a un trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé comorbide, le code CIM-10-MC est **F11.222**. S'il n'y a pas de trouble de l'usage d'un opiacé comorbide, le code est **F11.922**.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'intoxication par un opiacé est la présence de changements comportementaux ou psychologiques problématiques et cliniquement significatifs (p. ex. euphorie initiale suivie d'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement psychomoteur, altération du jugement) qui se développent pendant ou peu après l'usage d'un opiacé (critères A et B) (Boyer 2012). L'intoxication s'accompagne d'une constriction pupillaire (sauf en cas de surdose grave entraînant anoxie et dilatation pupillaire) et d'au moins un des signes suivants : somnolence (la personne « pique du nez ») ou discours bredouillant, altération de l'attention ou de la mémoire (critère C) ; la somnolence peut aller jusqu'au coma. Les sujets ayant une intoxication par un opiacé peuvent être inattentifs à l'environnement allant jusqu'à ignorer des événements potentiellement dangereux. Les symptômes ne doivent pas être dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D).

Diagnostic différentiel

Intoxication par d'autres substances. L'intoxication par l'alcool et l'intoxication par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent causer un tableau clinique qui ressemble à celui de l'intoxication par un opiacé. Un diagnostic d'intoxication par l'alcool, ou aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peut, en général, être fait en se fondant sur l'absence de constriction pupillaire ou sur l'absence de réponse au test à la naloxone. Dans certains cas, l'intoxication peut être due à la fois aux opiacés et à l'alcool ou à d'autres sédatifs. Dans ces cas, le test à la naloxone n'inversera pas tous les effets sédatifs.

Autres troubles liés aux opiacés. L'intoxication par un opiacé se distingue des autres troubles induits par des opiacés (p. ex. trouble dépressif induit par les opiacés, avec début pendant l'intoxication) par le fait que les symptômes de ces derniers troubles sont au premier plan du tableau clinique et remplissent pleinement les critères diagnostiques correspondants.

Sevrage d'un opiacé

Critères diagnostiques

292.0 (F11.23)

- A. L'une ou l'autre des circonstances suivantes :
 - 1. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'opiacés qui a été massif et prolongé (c.-à-d. au moins plusieurs semaines).
 - 2. Administration d'un antagoniste opiacé après une période de l'usage d'opiacés.
- B. Au moins trois des manifestations suivantes se développant de quelques minutes à quelques jours après le critère A :
 - 1. Humeur dysphorique.
 - 2. Nausées ou vomissements.
 - 3. Douleurs musculaires.
 - 4. Larmolement ou rhinorrhée.
 - 5. Dilatation pupillaire, piloérection, ou transpiration.
 - 6. Diarrhée.
 - 7. Bâillement.
 - 8. Fièvre.
 - 9. Insomnie.

- C. Les signes et symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes et symptômes ne sont pas dus à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est 292.0. Le code CIM-10-MC pour le sevrage d'un opiacé est F11.23. À noter que le code CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble de l'usage d'un opiacé moyen ou grave, reflétant le fait que le sevrage d'un opiacé ne peut survenir qu'en présence d'un trouble de l'usage d'un opiacé moyen ou grave. Il n'est pas permis de coder un trouble léger de l'usage d'un opiacé avec un sevrage d'un opiacé.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du sevrage d'un opiacé est la présence d'un syndrome de sevrage typique se développant après l'interruption (ou la réduction) d'une utilisation d'opiacé qui a été massive et prolongée (critère A1). Le syndrome de sevrage peut aussi être déclenché par l'administration d'un antagoniste morphinique (p. ex. naloxone ou naltrexone) après une période d'usage des opiacés (critère A2). Cela peut aussi survenir après l'administration d'un agoniste morphinique partiel comme la buprénorphine chez un sujet sous l'effet d'un agoniste morphinique complet.

Le sevrage d'un opiacé est caractérisé par une association de signes et de symptômes qui sont le contraire des effets agonistes aigus. Les premiers sont subjectifs et consistent en des plaintes d'anxiété, de fièvre et de « sensations douloureuses » souvent localisées au dos et aux jambes, avec aussi une irritabilité et une sensibilité accrue à la douleur. Au moins trois des manifestations suivantes doivent être présentes pour que le diagnostic de sevrage d'un opiacé puisse être porté : humeur dysphorique, nausées ou vomissements, douleurs musculaires, larmolement ou rhinorrhée, dilatation pupillaire, piloérection, ou augmentation de la transpiration, diarrhée, bâillement, fièvre, et insomnie (critère B). La piloérection et la fièvre sont associées à un sevrage sévère et ne sont pas souvent rencontrées en pratique clinique courante parce que les sujets qui ont un trouble de l'usage des opiacés obtiennent en général des substances avant que le sevrage soit aussi avancé. Ces symptômes de sevrage d'un opiacé doivent causer une souffrance ou une altération cliniquement significative dans le domaine social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les symptômes ne doivent pas être imputables à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D). Remplir les seuls critères de sevrage des opiacés ne suffit à porter le diagnostic de trouble de l'usage des opiacés mais des symptômes associés d'envie impérieuse (*craving*) ou de comportement visant à se procurer la substance sont évocateurs d'un trouble de l'usage des opiacés associé. Le code CIM-10-MC permet le diagnostic de sevrage d'un opiacé uniquement s'il existe un trouble de l'usage des opiacés moyen ou grave associé.

La vitesse d'apparition et la sévérité du sevrage d'un opiacé dépendent de la demi-vie de l'opiacé utilisé. Chez la plupart des individus qui sont dépendants des substances à courte durée d'action comme l'héroïne, les symptômes de sevrage surviennent 6 à 12 heures après la dernière dose. Les symptômes peuvent n'apparaître qu'après 2 à 4 jours dans le cas de produits à demi-vie plus longue comme la méthadone, le LAAM (L-alpha-acétylméthadol) ou la buprénorphine. Pour un opiacé à courte durée d'action comme l'héroïne, les symptômes aigus du sevrage passent par un pic après 1 à 3 jours puis disparaissent progressivement en 5 à 7 jours. Des symptômes moins aigus

peuvent durer des semaines ou des mois. Ces symptômes plus chroniques comprennent anxiété, dysphorie, anhédonie et insomnie.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les hommes ayant un sevrage d'un opiacé peuvent avoir une piloérection, des sueurs et des éjaculations spontanées pendant l'éveil. Le sevrage d'un opiacé est distinct du trouble de l'usage des opiacés et ne s'associe pas obligatoirement au comportement de recherche de drogue lié au trouble de l'usage des opiacés. Le sevrage d'un opiacé peut survenir chez tout sujet après arrêt d'un usage répété d'opiacé, que ce soit dans le cadre d'un traitement médical de la douleur, pendant le traitement par un agoniste opiacé d'un trouble de l'usage des opiacés, dans le contexte d'une utilisation privée à titre récréatif ou après des tentatives d'automédication d'un trouble mental par des opiacés.

Prévalence

Chez les sujets observés dans différents contextes cliniques, le sevrage d'un opiacé survient chez 60 % de ceux qui ont utilisé de l'héroïne au moins une fois au cours des 12 derniers mois ([Hasin et al. 2012](#)).

Développement et évolution

Le sevrage d'un opiacé est habituel au cours de l'évolution d'un trouble de l'usage des opiacés. Il peut survenir lorsque les doses d'opiacés sont progressivement augmentées pour réduire les symptômes de sevrage, ce qui à son tour entraîne un sevrage plus important par la suite. Chez les sujets ayant un trouble de l'usage des opiacés établi, le sevrage et les tentatives pour soulager ce sevrage sont habituels ([Koob 2009](#)).

Diagnostic différentiel

Autres sevrages. L'anxiété et l'agitation associées au sevrage d'un opiacé ressemblent aux symptômes observés dans le sevrage des sédatifs et hypnotiques. Cependant, le sevrage d'un opiacé s'accompagne aussi de rhinorrhée, de larmoiement, de dilatation pupillaire, lesquels ne sont pas observés dans le sevrage de type sédatif.

Intoxication par d'autres substances. On peut observer une dilatation pupillaire lors d'une intoxication par des hallucinogènes ou d'une intoxication par un stimulant. Cependant, les autres signes ou symptômes du sevrage d'un opiacé, tels que nausées, vomissements, diarrhée, crampes abdominales, rhinorrhée et larmoiement, ne sont pas présents.

Autres troubles induits par des opiacés. Le sevrage d'un opiacé se distingue des autres troubles induits par des opiacés (p. ex. trouble dépressif induit par les opiacés avec survenue lors du sevrage), car les symptômes de ces derniers troubles sont prépondérants sur ceux associés habituellement au sevrage d'un opiacé et répondant entièrement aux critères qui leur correspondent.

Autres troubles induits par des opiacés

Les troubles induits par des opiacés sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (*cf.* les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans les chapitres correspondants) : trouble dépressif induit par les opiacés (« Troubles dépressifs »), trouble du sommeil induit par les opiacés

(« Troubles veille-sommeil »), dysfonction sexuelle induite par les opiacés (« Dysfonctions sexuelles »). Pour l'état confusionnel de l'intoxication par un opiacé et du sevrage d'un opiacé, voir les critères et la discussion sur l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par des opiacés ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par un opiacé ou du sevrage d'un opiacé que si les symptômes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble lié à des opiacés non spécifié

292.9 (F11.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques dans lesquels les symptômes caractéristiques d'un trouble lié à des opiacés entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne répondent pas à tous les critères d'un trouble spécifique lié aux opiacés ni d'un des troubles spécifiques liés à une substance ou appartenant à la classe diagnostique des troubles addictifs.

Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
 Intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
 Sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
 Autres troubles liés à des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
 Trouble lié à des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques non spécifié

Trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, à utiliser des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ou à récupérer de leurs effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.
 5. Usage répété d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile (p. ex.

absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

6. Usage continu d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
8. Usage répété d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. conduite d'une voiture ou utilisation d'une machine sous l'emprise d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique).
9. L'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques sous surveillance médicale.

11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (cf. les critères A et B du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, p. 721).
 - b. Les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (ou une substance très proche comme l'alcool) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques sous surveillance médicale.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique aient été préalablement remplis, aucun ne l'a plus été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques », qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique aient été préalablement remplis, aucun ne l'a plus été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques », qui peut être présent).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès aux sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques est limité.

Code reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, un sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique ou un autre trouble lié à un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique. Le trouble comorbide de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par le sédatif, hypnotique ou anxiolytique (cf. la note de codage pour l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, le sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, ou un autre trouble

mental spécifique induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique). Par exemple, s'il y a un trouble dépressif induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique et un trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, seul le trouble dépressif induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est léger, moyen ou grave : F13.14 pour un trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique avec un trouble dépressif induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique ou F13.24 pour un trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique avec un trouble dépressif induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.40 (F13.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.10 (F13.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.10 (F13.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire quand le sujet est à la fois en rémission et dans un environnement contrôlé ou protégé (c.-à-d. en rémission précoce et dans un environnement protégé ou en rémission prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

Les substances sédatives, hypnotiques ou anxiolytiques (tranquillisants) comprennent les benzodiazépines, des produits benzodiazépines-like (p. ex. zolpidem, zaleplon), les carbamates (p. ex. glutéthimide, méprobamate), les barbituriques (p. ex. sécobarbital) et les hypnotiques analogues aux barbituriques (p. ex. glutéthimide, méthaqualone). Cette classe de substances comporte toutes les médications somnifères sur prescription, et presque toutes les médications anxiolytiques sur prescription. Les anxiolytiques non benzodiazépiniques (p. ex. buspirone, gépiron) ne sont pas inclus dans cette classe car ils ne semblent pas donner lieu à un mésusage significatif.

Comme l'alcool, ces agents sont des dépresseurs cérébraux et peuvent produire les mêmes troubles induits par une substance, et les mêmes troubles liés à l'usage d'une substance. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques peuvent être obtenus sur prescription ou de manière illégale. Certains des sujets qui obtiennent ces substances sur ordonnance vont développer un trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, alors que d'autres qui en font un mésusage ou en prennent en vue d'une intoxication ne développeront pas un trouble de l'usage de ces substances. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ayant un délai d'action rapide et/ou une durée d'action courte ou intermédiaire peuvent être pris dans un but d'intoxication, bien que cela puisse être aussi le cas pour les médicaments de cette classe à longue durée d'action (Licata et Rowlett 2008).

L'envie irrépressible ou *craving* (critère A4), qu'elle survienne pendant l'usage ou pendant une période d'abstinence, est une caractéristique typique du trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Le mésusage des substances appartenant à cette classe peut survenir seul ou en association avec l'usage d'autres substances. Par exemple, les sujets peuvent utiliser des doses de sédatifs ou de benzodiazépines conduisant à une intoxication pour « descendre » après une prise de cocaïne ou d'amphétamines, ou utiliser de fortes doses de benzodiazépines en association avec la méthadone pour « booster » les effets de celle-ci (Iguchi et al. 1993).

Des absences répétées au travail ou de mauvaises performances professionnelles, des absences, des exclusions temporaires ou définitives de l'école, une négligence des enfants ou des tâches ménagères (critère A5) peuvent être liées à l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, comme cela peut être le cas d'un usage continu de ces substances malgré les disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication ou malgré des bagarres (critère A6). Un contact limité avec la famille ou les amis, l'évitement du travail ou de l'école ou l'arrêt de la participation aux activités de loisirs, sportives ou ludiques (critère A7), l'usage récurrent de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques lors de la conduite automobile ou l'utilisation d'une machine sous l'emprise d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique (critère A8) s'observent également dans le trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

Des niveaux très significatifs de tolérance et un sevrage peuvent se développer en rapport avec la prise de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. On peut mettre en évidence une tolérance ou un sevrage en l'absence d'un diagnostic de trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques chez un sujet qui a brutalement arrêté une prise de benzodiazépine prescrite pendant une longue durée à des doses thérapeutiques (O'Brien 2005). Dans ces cas-là, un diagnostic additionnel de trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est fait uniquement si les autres critères sont remplis. Des traitements sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent être prescrits dans un but thérapeutique adapté, et en fonction de la posologie, ces médicaments peuvent produire une tolérance et une réaction de sevrage. Si ces produits sont prescrits ou recommandés dans un but médical adapté et s'ils sont pris comme prescrits, la tolérance ou le sevrage qui en résultent ne correspondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble de l'usage de substances. Cependant, il est nécessaire de déterminer si les médicaments ont été prescrits et utilisés de façon adaptée (p. ex. simulation de symptômes pour obtenir le traitement, utilisation d'une dose supérieure à la dose prescrite, obtention du traitement de la part de plusieurs médecins sans les informer des autres prescriptions).

En raison de la nature unidimensionnelle des symptômes du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (Gillespie et al. 2007), la sévérité est fonction du nombre de critères remplis.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est souvent associé à d'autres troubles de l'usage d'une substance (p. ex. troubles de l'usage de l'alcool, du cannabis, des opiacés ou des stimulants). Les sédatifs sont fréquemment utilisés pour soulager les effets indésirables de ces autres substances. L'usage répété de ces substances entraîne une tolérance aux effets sédatifs et progressivement les doses prises augmentent. Cependant, la tolérance du tronc cérébral se développe beaucoup plus lentement, et le sujet prenant davantage de substance pour obtenir une euphorie ou rechercher d'autres effets, une dépression respiratoire ou une hypotension brutales peuvent survenir, risquant d'entraîner le décès. Une intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, intense et répétée, peut être associée à une dépression sévère qui, bien que temporaire, peut être suffisamment grave pour conduire à des tentatives de suicide et à des suicides aboutis.

Prévalence

La prévalence sur 12 mois du trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques selon les critères du DSM-IV est estimée à 0,3 % chez les sujets âgés de 12 à 17 ans, et à 0,2 % chez les adultes âgés de plus de 18 ans (Compton et al. 2007 ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011). Ces taux sont légèrement plus élevés

chez les adultes de sexe masculin (0,3 %) que chez ceux de sexe féminin mais pour les personnes âgées de 12 à 17 ans, le taux chez les individus de sexe féminin (0,4 %) est supérieur à celui des sujets de sexe masculin (0,2 %). La prévalence sur 12 mois du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques selon les critères du DSM-IV diminue en fonction de l'âge, en étant la plus élevée chez les personnes de 18 à 29 ans (0,5 %), et la plus faible chez celles âgées de 65 ans ou plus (0,04 %).

Au sein de la population aux États-Unis, la prévalence sur 12 mois du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques varie en fonction du groupe ethnique (Compton et al. 2007 ; *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* 2011). Pour les sujets âgés de 12 à 17 ans, les taux les plus élevés se rencontrent chez les blancs (0,3 %), par rapport à ceux observés chez les Afro-Américains (0,2 %), les Hispaniques (0,2 %), les Indiens d'Amérique (0,1 %), les Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique (0,1 %). Chez les adultes, la prévalence sur 12 mois est la plus élevée chez les Indiens et les natifs de l'Alaska (0,8 %), les taux étant d'environ 0,2 % chez les Afro-Américains, les blancs et les Hispaniques) et de 0,1 % chez les Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique.

Développement et évolution

L'évolution habituelle du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques concerne des adolescents ou de jeunes adultes (20-30 ans) qui augmentent leur usage occasionnel de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques jusqu'au moment où leurs problèmes en viennent à pouvoir correspondre aux critères diagnostiques requis (Licata et Rowlett 2008). Ce profil serait particulièrement fréquent chez les sujets qui ont d'autres troubles liés à l'usage d'une substance (p. ex. alcool, opiacés, stimulants). Un mode initial d'usage intermittent en situations sociales (p. ex. lors de soirées) peut conduire à une utilisation quotidienne et à un haut niveau de tolérance. Lorsque cela se développe, on peut s'attendre à ce que le niveau des difficultés interpersonnelles, professionnelles et judiciaires augmente, de même que des épisodes de plus en plus sévères de dysfonctionnement cognitif et de sevrage physiologique peuvent être attendus.

La seconde évolution clinique, moins fréquemment observée, commence chez un sujet qui, au départ, a obtenu la médication sur prescription médicale, en général pour traiter une anxiété, une insomnie ou des plaintes somatiques. Lorsqu'une tolérance ou un besoin de doses plus élevées se développe, il y a augmentation progressive de la dose et de la fréquence d'auto-administration. Le sujet peut continuer à justifier son utilisation en avançant des symptômes initiaux d'anxiété ou d'insomnie mais le comportement de recherche de la substance devient plus marquant et la personne peut contacter plusieurs médecins pour obtenir un approvisionnement suffisant en médication. La tolérance peut atteindre des niveaux élevés, et un sevrage (y compris des convulsions et un état confusionnel du sevrage) peut survenir.

Comme c'est le cas avec de nombreux troubles de l'usage d'une substance, le trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques débute généralement pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le risque de mésusage et les problèmes liés à de nombreuses substances psychoactives augmentent avec l'âge (Licata et Rowlett 2008). En particulier, les altérations cognitives augmentent comme effets secondaires avec l'âge, et le métabolisme des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques diminue chez les personnes âgées. Les effets toxiques aigus et chroniques de ces substances, en particulier les effets sur la cognition, la mémoire et la coordination motrice, sont susceptibles d'augmenter avec l'âge en raison des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liées à l'âge. Les sujets ayant un trouble neurocognitif majeur (démence) ont un plus grand risque de développer une intoxication et une altération du fonctionnement physiologique aux doses plus faibles.

L'intoxication délibérée pour obtenir un état de « défonce » (*high*) s'observe plus souvent chez les adolescents et les sujets âgés de 20 à 29 ans (Licata et Rowlett 2008). Les problèmes associés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques s'observent aussi chez des individus âgés de 40 ans ou plus qui augmentent les doses prescrites. Chez les individus plus âgés, l'intoxication peut ressembler à une démence progressive.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. L'impulsivité et la recherche de nouveauté sont des caractéristiques tempéramentales individuelles liées aux risques de développer un trouble de l'usage d'une substance mais qui peuvent être elles-mêmes génétiquement déterminées.

Environnementaux. Puisque tous les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques sont des produits pharmaceutiques, un des facteurs de risque clés est lié à la disponibilité de ces substances. Aux États-Unis, le mésusage historique des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est lié aux habitudes larges de prescription. Par exemple, la diminution marquée des prescriptions de barbituriques a été associée à l'augmentation des prescriptions de benzodiazépines. Des facteurs liés aux pairs peuvent être influencés par une prédisposition génétique dans la façon dont les individus choisissent leur environnement. D'autres individus à risques élevés pourraient être ceux qui ont un trouble de l'usage de l'alcool et qui reçoivent des prescriptions répétées en réponse à leurs plaintes d'anxiété ou d'insomnie dues à l'alcool.

Génétiques et physiologiques. Comme pour les autres troubles de l'usage d'une substance, le risque d'un trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peut être lié à des facteurs environnementaux, individuels, familiaux, liés aux pairs et sociaux (Kendler et al. 2003 ; Tsuang et al. 1998). Dans ces domaines, les facteurs génétiques jouent un rôle particulièrement important, à la fois directement et indirectement. Globalement, au cours du développement, les facteurs génétiques semblent jouer un rôle plus grand dans le début du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, lorsque les individus passent de la puberté à l'âge adulte.

Facteurs influençant l'évolution. Un début précoce de l'usage est associé à un risque plus élevé de développer un trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (McCabe et al. 2007).

Questions diagnostiques liées à la culture

Il existe des variations marquées dans les modalités de prescription (et la disponibilité) de cette classe de substances dans les différents pays, ce qui peut conduire à des variations de la prévalence des troubles de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

Questions diagnostiques liées au genre

Les femmes pourraient avoir un risque plus élevé que les hommes de mésusage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques obtenus sur prescription.

Marqueurs diagnostiques

Presque tous les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent être identifiés par des tests de laboratoire dans les urines ou le sang (où la quantité de ces produits présente dans l'organisme peut être dosée). Les tests urinaires peuvent rester positifs jusqu'à une semaine après l'utilisation de substances à longue durée d'action, comme le diazépam ou le flurazépam (Licata et Rowlett 2008).

Retentissement fonctionnel de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Les conséquences sociales et interpersonnelles du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ressemblent à celles de l'alcool en ce qui concerne le risque de désinhibition comportementale (Licata et Rowlett 2008). Des accidents, des difficultés relationnelles (telles que disputes et bagarres), des interférences dans le travail ou les résultats scolaires en sont des conséquences habituelles. L'examen physique peut mettre en évidence une diminution modérée de la plupart des fonctions du système neurovégétatif, y compris un ralentissement de la fréquence cardiaque, une légère diminution de la fréquence respiratoire, et une légère chute de la pression artérielle (plus susceptible de se produire lors des changements posturaux). À fortes doses, les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent être létaux, en particulier lorsqu'ils sont associés à l'alcool, bien que les doses létales varient considérablement d'un produit à l'autre. Les surdosages de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent être associés à une détérioration des signes vitaux pouvant annoncer une urgence médicale imminente (p. ex. arrêt respiratoire avec les barbituriques). Les traumatismes après accident lors d'une intoxication peuvent avoir leurs conséquences propres (p. ex. hémorragies internes ou hématome sous-dural). L'usage intraveineux de ces substances peut entraîner des complications médicales liées à l'utilisation d'aiguilles contaminées (p. ex. hépatite ou infection par le VIH).

Une intoxication aiguë peut entraîner des blessures accidentelles et des accidents automobiles. Chez le sujet âgé, même une utilisation de courte durée, aux doses prescrites, de ces médicaments sédatifs peut être associée à un risque accru de troubles cognitifs et de chutes. Certaines données indiquent que les effets désinhibiteurs de ces agents peuvent, comme pour l'alcool, réellement contribuer à un comportement ouvertement agressif, avec des problèmes subséquents interpersonnels et judiciaires. Des surdosages accidentels ou volontaires, similaires à ceux observés lors du trouble de l'usage de l'alcool ou d'intoxications alcooliques répétées, peuvent survenir. Alors que les benzodiazépines, utilisées seules, ont une marge de sécurité très importante, prises en association avec l'alcool, elles semblent particulièrement dangereuses et des surdosages accidentels ont souvent été signalés. Des surdosages accidentels ont aussi été rapportés chez des sujets qui abusent délibérément des barbituriques et d'autres sédatifs non benzodiazépiniques (p. ex. méthaqualone) mais, étant donné que ces produits sont nettement moins disponibles que les benzodiazépines, la fréquence de ces surdosages est faible dans la plupart des régions.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux ou affections médicales. Les sujets ayant un trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent avoir des symptômes (p. ex. anxiété) qui ressemblent à ceux de troubles mentaux primaires (p. ex. trouble anxieux généralisé *vs* trouble anxieux induit par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, avec début pendant le sevrage). Le discours bredouillant, l'incoordination motrice ou toute autre manifestation caractéristique de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique pourrait résulter d'une autre affection médicale (p. ex. sclérose en plaques) ou d'un traumatisme crânien préalable (p. ex. hématome sous-dural).

Trouble de l'usage de l'alcool. Le trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques doit être différencié du trouble de l'usage de l'alcool.

Usage cliniquement adapté de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Certains sujets peuvent poursuivre la prise de benzodiazépines selon les directives

médicales pour une indication médicale légitime sur une longue période. Même si des signes physiologiques de tolérance ou de sevrage apparaissent, la plupart de ces individus ne développent pas les symptômes qui correspondent aux critères du trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques car ils ne sont pas préoccupés par l'obtention de la substance, et l'usage de celle-ci n'interfère pas avec leurs activités sociales ou professionnelles (O'Brien 2005).

Comorbidité

L'usage non médical de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques est associé à un trouble de l'usage de l'alcool, de tabac et, généralement, de substances illicites (Becker et al. 2007). Il peut aussi y avoir un chevauchement entre le trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et le trouble de la personnalité antisociale (Compton et al. 2005), les troubles dépressifs, bipolaire et anxieux (Becker et al. 2007 ; Conway et al. 2006), et les autres troubles de l'usage d'une substance, tels que le trouble de l'usage de l'alcool et les troubles de l'usage de substances illicites (McCabe et al. 2008). Un comportement antisocial et un trouble de la personnalité antisociale sont associés au trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques particulièrement quand ces substances sont obtenues illégalement.

Intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

Critères diagnostiques

- A. Usage récent d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex. comportement sexuel ou agressivité inappropriés, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.
- C. Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :
 - 1. Discours bredouillant.
 - 2. Incoordination motrice.
 - 3. Démarche ébrieuse.
 - 4. Nystagmus.
 - 5. Altération cognitive (p. ex. de l'attention ou de la mémoire).
 - 6. Stupéur ou coma.
- D. Les signes et symptômes ne sont pas dus à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique. S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, le code CIM-10-MC est **F13.129**, et s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, le code CIM-10-MC est **F13.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, le code est **F13.929**.

N.B. : Pour plus d'informations sur le développement et l'évolution, les facteurs de risque et pronostics, les caractéristiques liées à culture et les marqueurs diagnostiques, se référer aux sections correspondantes dans le trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique (Licata et Rowlett 2008) est la présence de changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex. comportement sexuel ou agressivité inappropriés, labilité de l'humeur, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique (critères A et B). Comme avec d'autres déprimeurs centraux, l'alcool par exemple, ces comportements peuvent être accompagnés par un discours bredouillant, une incoordination motrice (d'un niveau qui peut interférer avec l'aptitude à conduire ou à mener les activités habituelles jusqu'à provoquer une chute ou un accident d'automobile), une démarche ébrieuse, un nystagmus, une altération cognitive (p. ex. troubles de l'attention ou de la mémoire), une stupeur ou un coma (critère C). L'altération de la mémoire est une caractéristique au premier plan de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique se manifestant, le plus souvent, par une amnésie antérograde qui ressemble aux « trous noirs alcooliques » et peut être très inquiétante pour le sujet. Les symptômes ne doivent pas être imputables à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D). L'intoxication peut survenir chez des personnes qui reçoivent ces substances sur prescription, empruntent le traitement d'amis ou de parents ou prennent délibérément la substance en vue d'une intoxication.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les caractéristiques associées comprennent le fait de prendre une quantité de produit supérieure à la dose prescrite, d'associer différentes médications ou de mélanger les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques à l'alcool, ce qui peut augmenter de façon marquée les effets de ces produits.

Prévalence

La prévalence de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique n'est pas bien connue. Cependant, il est probable que, pour la plupart, les consommateurs de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques à titre non médical pourraient avoir à un moment donné les signes et symptômes correspondant aux critères de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique ; s'il en est ainsi, la prévalence dans la population générale de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques non prescrits peut être comparable à celle de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique. Par exemple, les tranquillisants sont utilisés à titre non médical par 2,2 % des Américains âgés de plus de 12 ans (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011).

Diagnostic différentiel

Trouble de l'usage de l'alcool. Étant donné leur présentation clinique identique, distinguer l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique d'un trouble de l'usage de l'alcool nécessite d'avoir la preuve d'une ingestion récente de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, par les déclarations du patient, de ses proches ou par des dosages toxicologiques. La plupart des sujets ayant un mésusage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent aussi mésuser de l'alcool ou d'autres substances, si bien que plusieurs diagnostics d'intoxication sont possibles.

Intoxication par l'alcool. L'intoxication par l'alcool peut se distinguer de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique par l'odeur alcoolisée de l'haleine. Par ailleurs, les caractéristiques des deux troubles sont comparables.

Autres troubles induits par les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. L'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique se distingue des autres troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (p. ex. trouble anxieux induit par les opiacés, avec début pendant le sevrage) par le fait que les symptômes de ces derniers troubles sont au premier plan du tableau clinique et sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Troubles neurocognitifs. En cas d'altération du fonctionnement cognitif, de lésions cérébrales d'origine traumatique ou d'état confusionnel lié à une autre cause, les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques peuvent être toxiques à des dosages relativement faibles. Dans ces situations complexes, le diagnostic différentiel se fonde sur le syndrome prédominant. Un diagnostic additionnel d'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique peut être justifié même si la substance a été prise à une faible posologie dans les cas d'associations à ces pathologies concomitantes (ou de pathologies similaires).

Sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

Critères diagnostiques

- A. Arrêt (ou réduction) d'un usage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique qui a été massif et prolongé.
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développant de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique décrit dans le critère A :
 - 1. Hyperactivité neurovégétative (p. ex. transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute).
 - 2. Tremblement des mains.
 - 3. Insomnie.
 - 4. Nausées ou vomissements.
 - 5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives.
 - 6. Agitation psychomotrice.
 - 7. Anxiété.
 - 8. Crises convulsives de type grand mal.
- C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes et symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, incluant l'intoxication par une autre substance.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : Cette spécification peut être notée lorsque les hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles surviennent en l'absence d'état confusionnel.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.0**. Le code CIM-10-MC pour le sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique dépend du fait qu'il y ait ou non une comorbidité avec un trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, et du fait qu'il y ait ou non des perturbations des perceptions. Pour le sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique sans perturbations des perceptions, le code CIM-10-MC est **F13.239**. Pour le sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique avec perturbations des perceptions, le code CIM-10-MC est **F13.232**. À noter que le code CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou

anxiolytique, reflétant le fait que le sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique ne peut survenir qu'en présence d'un trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique. Il n'est pas permis de coder un trouble comorbide léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique avec un sevrage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

N.B. : Pour plus d'informations sur le développement et l'évolution, les facteurs de risque et pronostiques, les caractéristiques liées à la culture, les conséquences fonctionnelles du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique et la comorbidité, se référer aux sections correspondantes dans le trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est la présence d'un syndrome caractéristique qui se développe après une réduction importante ou l'arrêt de la prise après au moins plusieurs semaines d'usage régulier (critères A et B). Ce syndrome de sevrage est caractérisé par au moins deux des symptômes suivants (similaires à ceux du sevrage de l'alcool) : hyperactivité neurovégétative (p. ex. élévation de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la pression artérielle ou de la température corporelle, avec transpiration), tremblement des mains, insomnie, nausées, accompagnées parfois de vomissements, anxiété, agitation psychomotrice. Une crise convulsive de type grand mal peut survenir chez jusqu'à 20 à 30 % des sujets en sevrage de ces substances sans traitement. Dans les sevrages sévères, des hallucinations ou des illusions visuelles, tactiles ou auditives peuvent survenir mais habituellement dans un contexte d'état confusionnel. Si l'appréciation de la réalité est intacte chez la personne (c.-à-d. si elle sait que la substance provoque les hallucinations) et si les illusions surviennent sans perturbation du sensorium, la spécification « avec perturbations des perceptions » peut être notée. Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les symptômes ne doivent pas être dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. sevrage de l'alcool ou anxiété généralisée) (critère D). Le soulagement des symptômes de sevrage par administration d'un agent sédatif ou hypnotique quelconque est en faveur d'un diagnostic de sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le délai d'apparition et la sévérité du syndrome de sevrage sont variables en fonction des caractéristiques pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de chaque substance. Par exemple, le sevrage de substances à durée d'action courte, étant rapidement absorbées et n'ayant pas de métabolites actifs (p. ex. triazolam), peut survenir dans les heures qui suivent l'arrêt de la substance ; le sevrage de substances ayant des métabolites à durée d'action longue (p. ex. diazépam) peut ne pas apparaître avant 1 ou 2 jours, ou plus. Le syndrome de sevrage provoqué par les substances de cette classe peut se caractériser par le développement d'un état confusionnel menaçant le pronostic vital. Il peut y avoir des éléments en faveur d'une tolérance et d'un sevrage en l'absence de diagnostic d'un trouble de l'usage d'une substance chez un sujet qui arrête brutalement un traitement par benzodiazépine pris depuis longtemps aux doses thérapeutiques prescrites. Cependant, la codification CIM-10-MC ne permet un diagnostic de sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique qu'en cas de trouble de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques moyen à grave associé.

L'évolution du syndrome de sevrage est généralement déterminée par la demi-vie de la substance. Les médicaments dont les effets durent habituellement 10 heures ou moins (p. ex. lorazépam, oxazépam, témazépam) produisent des symptômes de sevrage dans les 6 à 8 heures qui suivent la décroissance des taux sanguins, dont l'intensité passe

par un pic le 2^e jour, et qui s'améliorent nettement au 4^e ou 5^e jour. Pour des substances avec une demi-vie plus longue (p. ex. diazépam), les symptômes peuvent ne pas se développer pendant plus d'une semaine, avoir leur maximum d'intensité au cours de la 2^e semaine, et diminuer notablement pendant la 3^e ou la 4^e semaine. Il peut y avoir des symptômes additionnels, à plus long terme, d'un niveau d'intensité bien moindre et qui persistent pendant plusieurs mois.

Plus le produit a été pris longtemps et plus fortes ont été les doses, plus le sevrage est susceptible d'être sévère. Cependant, un sevrage a été signalé avec une dose aussi faible que 15 mg de diazépam (ou son équivalent pour d'autres benzodiazépines) en cas de prise journalière pendant plusieurs mois. Des posologies d'environ 40 mg/jour de diazépam (ou son équivalent) sont plus susceptibles de conduire à des symptômes de sevrage cliniquement significatifs, et des doses encore plus élevées (p. ex. 100 mg de diazépam) sont plus susceptibles d'être suivies de convulsions de sevrage ou d'état confusionnel. L'état confusionnel par sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique est caractérisé par des perturbations de la conscience et de la cognition, avec des hallucinations visuelles, tactiles ou auditives. S'il est présent, on doit faire un diagnostic d'état confusionnel par sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique plutôt qu'un diagnostic de sevrage.

Prévalence

La prévalence du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique n'est pas bien connue.

Marqueurs diagnostiques

Des convulsions ou une instabilité du système nerveux autonome dans le contexte d'une exposition prolongée à un traitement sédatif, hypnotique ou anxiolytique suggèrent une probabilité élevée d'apparition d'une réaction de sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Diagnostic différentiel

Autres troubles médicaux. Les symptômes du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique peuvent ressembler à ceux d'autres affections médicales (p. ex. hypoglycémie, acidocétose diabétique). Si les convulsions sont une caractéristique du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, il faut envisager les autres causes de convulsions comme diagnostics différentiels (p. ex. infections, traumatisme crânien, empoisonnement).

Tremblement essentiel. Le tremblement essentiel, trouble ayant souvent un caractère familial, peut faire évoquer à tort un tremblement lié au sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Sevrage de l'alcool. Le sevrage de l'alcool entraîne un syndrome très comparable au syndrome de sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Autres troubles induits par les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. Le sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique se distingue des autres troubles induits par les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques (p. ex. trouble anxieux induit par les opiacés, avec début pendant le sevrage) par le fait que les symptômes de ces derniers troubles sont au premier plan du tableau clinique et sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Troubles anxieux. La récurrence ou l'aggravation d'un trouble anxieux sous-jacent produit un syndrome similaire au sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique. On peut suspecter un sevrage en cas de diminution brutale de la posologie d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique. En cas de réduction progressive, il peut être difficile de distinguer le syn-

drome de sevrage du trouble anxieux sous-jacent (Licata et Rowlett 2008 ; O'Brien 2005). Comme pour l'alcool, des symptômes prolongés de sevrage (p. ex. anxiété, morosité, trouble du sommeil) peuvent être pris à tort pour un trouble anxieux ou dépressif non induit par une substance ou une médication (p. ex. anxiété généralisée).

Autres troubles induits par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Les troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques suivants sont décrits dans les sections de ce manuel avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans les chapitres correspondants) : trouble psychotique induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble bipolaire induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Troubles bipolaires et apparentés »), trouble dépressif induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Troubles dépressifs »), trouble anxieux induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Troubles anxieux »), trouble du sommeil induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Troubles veille-sommeil »), dysfonction sexuelle induite par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Dysfonctions sexuelles »), trouble neurocognitif majeur ou léger induit par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (« Troubles neurocognitifs »). Pour l'état confusionnel de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique et l'état confusionnel du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, voir les critères et la discussion sur l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique ou du sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique que si les symptômes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble lié à des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, non spécifié

292.9 (F13.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié à des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles liés aux stimulants

Trouble de l'usage des stimulants

Intoxication par un stimulant

Sevrage d'un stimulant

Autres troubles induits par des stimulants

Trouble lié à des stimulants non spécifié

Trouble de l'usage des stimulants

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage d'une substance amphétaminique, de la cocaïne ou d'un autre stimulant conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Le stimulant est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du stimulant.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le stimulant, à utiliser le stimulant ou à récupérer de ses effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser le stimulant.
 5. Usage répété du stimulant conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile.
 6. Usage continu du stimulant malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets du stimulant.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du stimulant.
 8. Usage répété du stimulant dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'usage du stimulant est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le stimulant.
 10. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du stimulant pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité du stimulant.
- N.B. :** Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent des médicaments stimulants sous surveillance médicale, tels que les traitements pour un déficit de l'attention/hyperactivité ou une narcolepsie.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique du stimulant (*cf.* les critères A et B du sevrage d'un stimulant, p. 734).
 - b. Le stimulant (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- N.B. :** Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent des médicaments stimulants sous surveillance médicale, tel qu'un traitement pour un déficit de l'attention/hyperactivité ou une narcolepsie.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'un stimulant aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser le stimulant » qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'un stimulant aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser le stimulant » qui peut être présent).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès aux stimulants est limité.

Code reposant sur le degré de sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par une amphétamine, un sevrage d'une amphétamine ou un autre trouble mental induit par une amphétamine est également présent, ne pas utiliser les codes ci-dessous du trouble de l'usage d'une amphétamine. À la place, le trouble comorbide de l'usage d'une amphétamine est indiqué par le 4^e caractère du code du trouble induit par une amphétamine (cf. la note de codage pour l'intoxication par une amphétamine, le sevrage d'une amphétamine ou un autre trouble mental spécifique induit par une amphétamine). Par exemple, s'il y a un trouble dépressif induit par un amphétaminique ou un autre stimulant, et un trouble de l'usage d'un amphétaminique ou d'un autre stimulant, seul le trouble dépressif induit par un amphétaminique ou un autre stimulant est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble de l'usage d'un amphétaminique ou d'un autre stimulant est léger, moyen ou grave : F15.14 pour un trouble léger de l'usage d'un amphétaminique ou d'un autre stimulant avec un trouble dépressif induit par un amphétaminique ou un autre stimulant ou F15.24 pour un trouble moyen ou grave de l'usage d'un amphétaminique ou d'un autre stimulant avec un trouble dépressif induit par un amphétaminique ou un autre stimulant. De la même manière, s'il y a un trouble dépressif induit par la cocaïne et un trouble de l'usage de cocaïne, seul le trouble dépressif induit par de la cocaïne est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble de l'usage de cocaïne est léger, moyen ou grave : F14.14 pour un trouble léger de l'usage de cocaïne avec un trouble dépressif induit par de la cocaïne ou F14.24 pour un trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne avec un trouble dépressif induit par de la cocaïne.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Présence de 2-3 symptômes.

305.70 (F15.10) Substance amphétaminique

305.60 (F14.10) Cocaïne

305.70 (F15.10) Stimulant autre ou non spécifié

Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.40 (F15.20) Substance amphétaminique

304.20 (F14.20) Cocaïne

304.40 (F15.20) Stimulant autre ou non spécifié

Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

304.40 (F15.20) Substance amphétaminique

304.20 (F14.20) Cocaïne

304.40 (F15.20) Stimulant autre ou non spécifié

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire de rémission si le sujet est à la fois en rémission et dans un environnement contrôlé ou protégé (c.-à-d. en rémission soit précoce soit prolongée, dans un environnement protégé). Des exemples de cet environnement sont les prisons avec surveillance intensive avec interdiction des « substances », les communautés thérapeutiques et les unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

L'amphétamine et les stimulants amphétaminiques incluent des phényléthylamines substituées telles que l'amphétamine, la dextroamphétamine et la méthamphétamine. Sont aussi incluses les substances qui sont structurellement différentes mais qui ont des effets similaires, comme le méthylphénidate. Ces substances sont habituellement

prises oralement ou par voie intraveineuse, bien que la méthamphétamine soit aussi prise par voie nasale. Outre les composés de synthèse amphétaminiques, il existe des stimulants naturels dérivés de plantes, tels que le qât. Les amphétamines et autres stimulants peuvent être prescrits pour le traitement de l'obésité, du déficit de l'attention/hyperactivité et de la narcolepsie. En conséquence, les stimulants prescrits peuvent être détournés vers le marché illégal. Les effets des amphétamines et des drogues amphétaminiques sont similaires à ceux de la cocaïne, c'est pourquoi les critères pour le trouble de l'usage des stimulants sont présentés ici comme un seul trouble, en conservant la possibilité de spécifier le stimulant particulier utilisé par le sujet. La cocaïne peut être consommée sous différentes formes (p. ex. feuilles de coca, pâte de coca, chlorhydrate de cocaïne et alcaloïdes de cocaïne, sous forme purifiée et sous forme de crack) qui diffèrent en puissance en fonction des degrés de pureté et de la rapidité d'apparition des symptômes. Cependant, quelle que soit la forme de la substance, c'est la cocaïne qui est l'ingrédient actif. La poudre de chlorhydrate de cocaïne est habituellement « sniffée » par les narines ou dissoute dans de l'eau et injectée par voie intraveineuse.

Les sujets exposés aux stimulants amphétaminiques ou à la cocaïne peuvent développer un trouble de l'usage des stimulants à partir d'une semaine, bien que l'apparition des symptômes ne soit pas toujours aussi rapide. Sans tenir compte de la voie d'administration, l'accoutumance survient lors d'un usage répété. Des symptômes de sevrage, particulièrement une hypersomnie, une augmentation de l'appétit et une dysphorie peuvent survenir et augmenter l'envie impérieuse du stimulant. La plupart des individus ayant un trouble de l'usage des stimulants ont éprouvé la tolérance ou le sevrage.

Les modes d'emploi et l'évolution sont similaires pour les troubles impliquant des stimulants amphétaminiques et de la cocaïne, puisque les deux substances sont des stimulants puissants du système nerveux central, avec des effets psychoactifs et sympathomimétiques similaires. Les stimulants amphétaminiques agissent plus longtemps que la cocaïne et, par conséquent, font l'objet de moins de prises par jour ([Cruickshank et Dyer 2009](#)). L'usage peut être chronique ou épisodique avec des pics ponctuels par des périodes brèves d'abstinence. Un comportement agressif ou violent est courant quand de fortes doses sont fumées, ingérées ou administrées par voie intraveineuse. Une intense anxiété temporaire ressemblant à un trouble panique ou à une anxiété généralisée, aussi bien qu'une idéation persécutoire et des épisodes psychotiques qui ressemblent à la schizophrénie, peuvent être observés à fortes doses.

Les états de sevrage sont associés à des symptômes dépressifs temporaires mais intenses, qui peuvent ressembler à un épisode dépressif caractérisé ([Mooney et al. 2009](#)) ; les symptômes dépressifs s'amendent habituellement en une semaine ([Newton et al. 2004](#)). L'accoutumance aux stimulants amphétaminiques augmente et conduit à une escalade des doses. Inversement, certains consommateurs de stimulants amphétaminiques développent une sensibilisation caractérisée par des effets amplifiés.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Lorsqu'ils sont injectés ou fumés, les stimulants produisent typiquement un sentiment momentané de bien-être, de confiance et d'euphorie. Des changements spectaculaires de comportement peuvent rapidement se développer avec le trouble de l'usage des stimulants. Un comportement chaotique, un isolement social, des conduites agressives et un dysfonctionnement sexuel peuvent résulter d'un trouble de l'usage des stimulants sur une longue période.

Les sujets présentant une intoxication aiguë peuvent avoir un discours incohérent, des céphalées, des idées délirantes de référence passagères et des acouphènes. Il peut y avoir une idéation persécutoire, des hallucinations auditives en pleine conscience et des hallucinations tactiles, que la personne repère en général comme étant des effets liés à

la drogue. Des menaces ou des passages à l'acte agressifs peuvent survenir. Dépression, idéation suicidaire, irritabilité, anhédonie, labilité émotionnelle ou troubles de l'attention et de la concentration sont courants durant le sevrage. Les troubles mentaux associés à l'usage de cocaïne disparaissent habituellement plusieurs heures ou jours après l'arrêt de la consommation mais peuvent persister un mois. Les changements physiologiques durant le sevrage d'un stimulant sont l'inverse de ceux de la phase d'intoxication, incluant parfois de la bradycardie (McGregor et al. 2005). Des symptômes dépressifs temporaires peuvent correspondre aux critères symptomatiques et de durée d'un épisode dépressif caractérisé. Des tableaux cliniques évoquant des attaques de panique répétées, des comportements de type anxiété sociale (phobie sociale) et des syndromes de type anxiété généralisée sont courants, tout comme les troubles alimentaires. Un cas extrême de toxicité due aux stimulants est le trouble psychotique induit par les stimulants, qui ressemble à la schizophrénie, avec idées délirantes et hallucinations.

Les sujets ayant un trouble de l'usage des stimulants développent souvent des réponses conditionnées aux stimuli relatifs à la drogue (p. ex. une envie impérieuse à la vue de n'importe quelle substance blanche ressemblant à de la poudre). Ces réponses contribuent à une rechute, sont difficiles à éteindre et persistent après la désintoxication.

Des symptômes dépressifs avec une idéation ou un comportement suicidaire peuvent survenir et sont généralement les problèmes les plus graves observés durant le sevrage d'un stimulant.

Prévalence

Trouble de l'usage des stimulants : stimulants amphétaminiques. La prévalence estimée sur 12 mois de l'usage des stimulants amphétaminiques, aux États-Unis, est de 0,2 % pour les individus de 12 à 17 ans et de 0,2 % pour les sujets de 18 ans et plus (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011). Les taux sont similaires chez les adultes hommes et femmes (0,2 %) mais entre 12 et 17 ans, la prévalence chez les femmes (0,3 %) est plus importante que chez les hommes (0,1 %). L'usage de stimulant par voie intraveineuse a un ratio masculin/féminin de 3/1 ou 4/1 mais les taux sont plus équilibrés chez les consommateurs qui n'injectent pas, avec les hommes représentant 54 % des admissions de premiers soins. La prévalence sur 12 mois est plus élevée parmi les sujets de 18-29 ans (0,4 %) que chez ceux de 45-64 ans (0,1 %). Pour les individus de 12-17 ans, les taux les plus élevés sont observés chez les blancs et les Afro-Américains (0,3 %), par rapport aux Hispaniques (0,1 %), aux Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique (0,01 %), avec un trouble de l'usage des stimulants amphétaminiques quasiment absent chez les Amérindiens. Chez les adultes, les taux les plus élevés sont chez les Amérindiens et les natifs de l'Alaska (0,6 %) par rapport aux blancs (0,2 %) et aux Hispaniques (0,2 %), avec un trouble de l'usage des stimulants amphétaminiques quasiment absent chez les Afro-Américains, les Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique. Des stimulants médicaux ont été pris sans ordonnance durant l'année écoulée chez 5 à 9 % des enfants scolarisés au lycée, avec 5 à 35 % des personnes en âge d'aller à l'université qui déclarent en avoir consommé durant l'année écoulée (Wilens et al. 2008).

Trouble de l'usage des stimulants : cocaïne. La prévalence estimée sur 12 mois de l'usage de cocaïne, aux États-Unis, est de 0,2 % pour les individus de 12 à 17 ans et de 0,3 % pour les sujets de 18 ans et plus (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2011). Les taux sont plus élevés chez les hommes (0,4 %) que chez les femmes (0,1 %). Les chiffres les plus élevés sont observés chez les personnes de 18-29 ans (0,6 %) et les plus bas chez celles de 45-64 ans (0,1 %). Chez les adultes, les taux sont plus importants chez les Amérindiens (0,8 %) que chez les Afro-Américains (0,4 %), les Hispaniques (0,3 %), les blancs (0,2 %), les Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique (0,1 %). En revanche, chez les sujets de 12-17 ans, les taux sont similaires chez

les Hispaniques (0,2 %), les blancs (0,2 %), les Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique (0,2 %), et plus bas chez les Afro-Américains (0,02 %), avec un trouble de l'usage de cocaïne quasiment absent chez les Amérindiens et les natifs de l'Alaska.

Développement et évolution

Les troubles de l'usage des stimulants se retrouvent dans toutes les couches de la société et sont plus courants chez les sujets âgés de 12 à 25 ans que chez ceux de plus de 26 ans ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2008](#)). Le premier usage régulier chez les individus traités se produit, en moyenne, vers 23 ans ([Hser et al. 2008](#)). Pour les premières admissions pour traitement d'un usage primaire de méthamphétamine, l'âge moyen est de 31 ans ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2008](#)). Certaines personnes commencent l'usage des stimulants pour contrôler leur poids ou pour améliorer leurs performances à l'école, au travail ou en sport. Cela inclut l'obtention de médicaments tels que des sels de méthylphénidate ou d'amphétamine, prescrits à d'autres patients pour le traitement du déficit de l'attention/hyperactivité. Le trouble de l'usage des stimulants peut se développer rapidement s'ils sont consommés par voie intraveineuse ou fumés. Parmi les admissions à l'hôpital pour un usage de stimulants amphétaminiques, 66 % déclarent fumer, 18 % déclarent se faire des injections et 10 % déclarent sniffer ([Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2009](#)).

Les modes d'administration de stimulants incluent un usage épisodique ou quotidien (ou presque quotidien). L'usage épisodique tend à être espacé de 2 jours, ou plus, d'abstinence (p. ex. usage intensif de plus d'une semaine ou sur un ou plusieurs jours de la semaine). Les accès sans retenue (*binges*) impliquent un usage continu à forte dose sur des heures voire des jours, et sont souvent associés à une dépendance physique. Les accès (*binges*) prennent habituellement fin quand les provisions de stimulants sont épuisées ou quand le sujet est exténué. Un usage quotidien chronique peut impliquer des doses faibles ou élevées, avec souvent une augmentation de la dose avec le temps.

L'usage de stimulants fumés ou pris par voie intraveineuse provoque rapidement un trouble de l'usage des stimulants à un degré sévère, apparaissant souvent après des semaines ou des mois. La survenue est plus progressive, s'étalant sur des mois ou des années en cas de prise par voie nasale de cocaïne ou orale d'amphétamines. Avec un usage continu, on assiste à une diminution des effets agréables, en raison de la tolérance et de l'augmentation des effets dysphoriques.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. La comorbidité du trouble bipolaire, de la schizophrénie, de la personnalité antisociale et des troubles de l'usage d'une autre substance sont des facteurs de risque pour le développement d'un trouble de l'usage des stimulants et pour la rechute de l'usage de cocaïne, dans les différentes études portant sur des échantillons traités ([Poling et al. 2007](#)). De même, l'impulsivité et des traits de personnalité similaires peuvent affecter le résultat du traitement. Des troubles des conduites durant l'enfance et une personnalité antisociale à l'âge adulte sont associés au développement ultérieur des troubles liés aux stimulants.

Environnementaux. Parmi les facteurs prédictifs de l'usage de cocaïne chez les adolescents, on trouve une exposition prénatale à la cocaïne, un usage de cocaïne post-natal chez les parents et l'exposition à une violence communautaire durant l'enfance ([Delaney-Black et al. 2011](#)). Chez les jeunes, surtout chez les femmes, les facteurs de risque incluent le fait de vivre dans un environnement familial instable, d'avoir une affection psychiatrique et de fréquenter des dealers et des utilisateurs ([Russell et al. 2008](#)).

Questions diagnostiques liées à la culture

Les troubles consécutifs à l'usage des stimulants affectent tous les groupes raciaux/ethniques, socio-économiques, d'âge et de sexe. Les questions diagnostiques peuvent être mises en relation avec les conséquences sociétales (p. ex. arrestation, renvoi scolaire, licenciement). Malgré de petites variations, les critères diagnostiques des troubles de l'usage de la cocaïne et d'autres stimulants fonctionnent de la même façon quels que soient le sexe et le groupe racial/ethnique (Blanco et al. 2007 ; Schmidt et Room 1999 ; Wu et al. 2009 ; Wu et al. 2010).

L'usage chronique de cocaïne altère la fonction cardiaque ventriculaire gauche chez les Afro-Américains (Ren et al. 2006). Environ 66 % des sujets admis pour des troubles liés de façon primaire à de la méthamphétamine/amphétamine sont des blancs non hispaniques, suivis par 21 % d'Hispaniques d'origine, 3 % d'Asiatiques et d'habitants des îles du Pacifique, et 3 % de noirs non hispaniques (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2009).

Marqueurs diagnostiques

La benzoylecgonine, un métabolite de la cocaïne, reste habituellement dans l'urine 1 à 3 jours après une dose unique et peut être présente 7 à 12 jours chez les sujets prenant de fortes doses répétées. Les examens biologiques hépatiques peuvent être légèrement perturbés chez les consommateurs qui s'injectent de la cocaïne ou chez ceux qui ont un usage concomitant d'alcool. Il n'existe pas de marqueurs neurobiologiques utiles pour le diagnostic. L'interruption de l'usage chronique de cocaïne peut provoquer des changements électroencéphalographiques, suggérant des anomalies persistantes (Levin et al. 2007), des altérations au niveau de la sécrétion de prolactine, et une désensibilisation (*down-regulation*) des récepteurs dopaminergiques.

Les stimulants amphétaminiques à demi-vie brève (MDMA [3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine], méthamphétamine) peuvent être détectés pendant 1 à 3 jours, et potentiellement jusqu'à 4 jours selon le dosage et le métabolisme. Des échantillons de cheveux peuvent être utilisés pour déceler la présence de stimulants amphétaminiques jusqu'à 90 jours après la prise. Les autres signes, aussi bien biologiques que physiques, ainsi que les affections médicales (p. ex. perte de poids, malnutrition, mauvaise hygiène) sont similaires pour les troubles de l'usage de la cocaïne et des stimulants amphétaminiques.

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage des stimulants

Des affections médicales variées peuvent se produire selon la voie d'administration. Ceux qui utilisent la voie intranasale développent souvent des sinusites, des irritations, des saignements de la muqueuse nasale et des perforations du septum nasal. Les sujets qui fument les drogues ont des risques accrus de problèmes respiratoires (p. ex. toux, bronchite et pneumonie). Ceux qui s'injectent des stimulants ont des marques de ponction et des cicatrices veineuses (*tracks*), le plus souvent sur leurs avant-bras. Le risque d'infection VIH augmente en cas d'injections intraveineuses fréquentes et d'activité sexuelle non protégée. Les autres maladies sexuellement transmissibles, l'hépatite, la tuberculose et d'autres infections pulmonaires peuvent aussi être observées. La perte de poids et la malnutrition sont courantes (Darke et al. 2008).

On peut souvent observer des douleurs thoraciques durant l'intoxication par un stimulant (Schwartz et al. 2010). L'infarctus du myocarde, des palpitations et arythmies, une mort subite due à un arrêt respiratoire ou cardiaque et des accidents vasculaires cérébraux ont été associés à l'usage des stimulants chez des sujets jeunes ou par ailleurs en bonne santé. Des convulsions peuvent se produire avec l'usage des stimulants. Un pneumothorax peut résulter de manœuvres de Valsalva, effectuées pour mieux absorber

la fumée inhalée (Khalsa et al. 1992). Les blessures traumatiques dues à un comportement violent sont courantes chez les trafiquants de drogue. L'usage de cocaïne est associé à des irrégularités dans le flux sanguin placentaire, une apoplexie utéro-placentaire, un travail et un accouchement prématurés et une prévalence accrue de nourrissons avec un poids de naissance très petit.

Les sujets ayant un trouble de l'usage des stimulants peuvent se retrouver impliqués dans le vol, la prostitution ou le deal des drogues, dans le but d'acquérir de la drogue ou de l'argent pour de la drogue.

Une altération neurocognitive est courante chez les utilisateurs de méthamphétamine (Mooney et al. 2009 ; Scott et al. 2007 ; Wang et al. 2004). Les problèmes de santé bucco-dentaire incluent un aspect typique (*meth mouth*) avec des maladies gingivales, des caries et des plaies buccales, liées aux effets toxiques du fait de fumer de la drogue et au bruxisme durant les périodes d'intoxication (Shetty et al. 2010). Les effets pulmonaires indésirables apparaissent moins couramment pour les stimulants amphétaminiques parce qu'ils sont fumés moins de fois par jour. Les visites aux services d'urgences sont courantes pour des symptômes de trouble mental liés à des stimulants, des blessures, des infections cutanées et des pathologies dentaires (Hendrickson et al. 2008).

Diagnostic différentiel

Troubles mentaux primaires. Les troubles induits par des stimulants peuvent ressembler à des troubles mentaux primaires (p. ex. trouble dépressif caractérisé) (pour ce diagnostic différentiel, cf. « Sevrage d'un stimulant »). Les altérations mentales résultant des effets des stimulants doivent être distinguées des symptômes de la schizophrénie, des troubles dépressifs et bipolaires, de l'anxiété généralisée et du trouble panique.

Intoxication par la phencyclidine. L'intoxication par la phencyclidine (« PCP » ou « poussière d'ange ») ou des « drogues de synthèse » telles que la méphédronne (connue sous différents noms, incluant les « sels de bain ») peuvent entraîner un tableau clinique similaire et se distinguent uniquement de l'intoxication par la présence de cocaïne ou de métabolites de substance amphétaminique dans l'urine ou dans un échantillon de plasma.

Intoxication par un stimulant et sevrage. L'intoxication par un stimulant et le sevrage se distinguent des autres troubles induits par des stimulants (p. ex. trouble anxieux, avec apparition durant l'intoxication) parce que les symptômes dans ces derniers troubles prédominent dans le tableau clinique et sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Comorbidité

Les troubles liés à des stimulants apparaissent souvent conjointement avec des troubles de l'usage d'une autre substance, surtout ceux impliquant des substances avec des propriétés sédatives qui sont souvent prises pour diminuer l'insomnie, la nervosité et d'autres effets secondaires déplaisants. Les utilisateurs de cocaïne consomment souvent de l'alcool, alors que les utilisateurs de stimulants amphétaminiques consomment souvent du cannabis. Le trouble de l'usage des stimulants peut être associé à un trouble de stress post-traumatique, à une personnalité antisociale, à un déficit de l'attention/hyperactivité et au jeu d'argent pathologique. Des problèmes cardiopulmonaires sont souvent présents chez les personnes demandant un traitement pour des problèmes liés à la cocaïne, avec le plus souvent des douleurs thoraciques (Lange et Hillis 2001 ; Schwartz et al. 2010). Les problèmes médicaux se produisent en réponse aux additifs utilisés pour « couper » la drogue. Les consommateurs de cocaïne qui ingèrent de la cocaïne coupée avec du lévamisole, un médicament antimicrobien et vétérinaire, peuvent subir une agranulocytose et une neutropénie fébrile (Chang et al. 2010 ; Marinetti 2009).

Intoxication par un stimulant

Critères diagnostiques

- A. Usage récent d'une substance amphotaminique, de cocaïne ou d'un autre stimulant.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. euphorie ou émoiissement affectif, changements de la sociabilité, hypervigilance, sensibilité interpersonnelle, anxiété, tension ou colère, comportements stéréotypés, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage du stimulant.
- C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, qui se développent durant ou peu de temps après l'usage du stimulant :
 1. Tachycardie ou bradycardie.
 2. Dilatation pupillaire.
 3. Augmentation ou diminution de la pression artérielle.
 4. Transpiration ou frissons.
 5. Nausées ou vomissements.
 6. Perte de poids avérée.
 7. Agitation ou ralentissement psychomoteur.
 8. Faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleurs thoraciques ou arythmies cardiaques.
 9. Confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies ou coma.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris une intoxication par une autre substance.

Spécifier le stimulant spécifique (c.-à-d. substance amphotaminique, cocaïne ou autre stimulant).

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : Cette spécification peut être notée lorsque les hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles surviennent en l'absence de confusion mentale.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend de la nature du stimulant : amphotamine, cocaïne, ou autre stimulant, du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage d'amphotamine, de cocaïne ou d'un autre stimulant, et qu'il y ait ou non des perturbations des perceptions.

Pour une intoxication par l'amphotamine, la cocaïne ou un autre stimulant, sans perturbations des perceptions : S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage d'amphotamine ou d'un autre stimulant, le code CIM-10-MC est **F15.129** ; s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage d'amphotamine ou d'un autre stimulant, le code CIM-10-MC est **F15.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage d'amphotamine ou d'un autre stimulant, le code CIM-10-MC est **F15.929**. De même, s'il y a un trouble comorbide léger de l'usage de cocaïne, le code CIM-10-MC est **F14.129** ; s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage de cocaïne, le code CIM-10-MC est **F14.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage de cocaïne, le code CIM-10-MC est **F14.929**.

Pour une intoxication par l'amphotamine, la cocaïne ou un autre stimulant, avec perturbations des perceptions : S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage d'amphotamine ou d'un autre stimulant, le code CIM-10-MC est **F15.122** ; s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage d'amphotamine ou d'un autre stimulant, le code CIM-10-MC est **F15.222**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage d'amphotamine ou d'un autre stimulant, le code CIM-10-MC est **F15.922**. De même, s'il y a un trouble comorbide léger de l'usage de cocaïne, le code CIM-10-MC est **F14.122** ; s'il y

a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage de cocaïne, le code CIM-10-MC est **F14.222**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage de cocaïne, le code CIM-10-MC est **F14.922**.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'intoxication par un stimulant, un amphétaminique et la cocaïne est la présence de changements comportementaux ou psychologiques cliniquement significatifs qui se développent durant, ou peu de temps après, l'usage des stimulants (critères A et B). Les hallucinations auditives peuvent être prépondérantes, comme peut l'être l'idéation persécutoire et ces symptômes doivent être distingués d'un trouble psychotique indépendant tel que la schizophrénie. L'intoxication par un stimulant commence habituellement avec un sentiment d'extase (un *high*) et l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : euphorie avec une vigueur accrue, grégairisme, hyperactivité, agitation, hypervigilance, sensibilité interpersonnelle, loquacité, anxiété, tension, sur le « qui-vive », idées de grandeur, comportement stéréotypé et répétitif, colère, altération du jugement et, en cas d'intoxication chronique, émoussement affectif avec fatigue ou tristesse et retrait social. Ces changements comportementaux et psychologiques sont accompagnés par deux ou plus des signes et symptômes suivants qui se développent durant ou peu de temps après un usage de stimulants : tachycardie ou bradycardie, dilatation pupillaire, augmentation ou diminution de la pression artérielle, sueurs ou frissons, nausées ou vomissements, perte de poids confirmée, agitation ou ralentissement psychomoteur, faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleurs thoraciques ou arythmies cardiaques, et confusion, convulsions épileptiques, dyskinésies, dystonies ou coma (critère C). L'intoxication, soit aiguë, soit chronique, est souvent associée à un fonctionnement social ou occupationnel altéré. Une intoxication sévère peut mener à des convulsions, une arythmie cardiaque, un syndrome fébrile malin et la mort. Pour que le diagnostic d'intoxication puisse être fait, les symptômes ne doivent pas être imputables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère C). Bien que l'intoxication se produise chez les sujets ayant des troubles de l'usage des stimulants, l'intoxication n'est pas un critère pour le trouble de l'usage de stimulant, ce dernier devant être confirmé par la présence de deux des 11 critères diagnostiques du trouble de l'usage.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

La magnitude et l'orientation des changements comportementaux et physiologiques dépendent de nombreuses variables, notamment de la dose utilisée et des caractéristiques du sujet faisant usage de la substance ou du contexte (p. ex. tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'usage, contexte de la prise). Les effets stimulants tels qu'euphorie, élévation de la pression artérielle et accélération du pouls, et hyperactivité psychomotrice sont le plus couramment observés. Les effets dépresseurs tels que tristesse, bradycardie, baisse de la pression artérielle et activité psychomotrice plus faible sont moins courants et, en général, n'apparaissent qu'avec un usage chronique à forte dose.

Troubles induits par des stimulants. L'intoxication par un stimulant se distingue des autres troubles induits par un stimulant (p. ex. trouble dépressif, trouble bipolaire, trouble psychotique, trouble anxieux induits par un stimulant) parce que la sévérité des symptômes d'intoxication dépasse celle des troubles induits par des stimulants et les symptômes justifient en eux-mêmes une prise en charge clinique. L'état confusionnel lié à l'intoxication par un stimulant se distinguerait par une perturbation au niveau de l'attention et une modification du fonctionnement cognitif.

Autres troubles mentaux. Les perturbations mentales notables associées à une intoxication par un stimulant doivent être distinguées des symptômes de schizophrénie de type paranoïde, des troubles bipolaires et dépressifs, de l'anxiété généralisée et du trouble panique tels que décrits dans le DSM-5.

Sevrage d'un stimulant

Critères diagnostiques

- A. Arrêt (ou réduction) de l'usage prolongé d'une substance amphétaminique, de cocaïne ou d'un autre stimulant.
- B. Humeur dysphorique et deux (ou plus) des modifications physiologiques suivantes, apparaissant de quelques heures à plusieurs jours après le critère A :
 - 1. Épuisement.
 - 2. Rêves intenses et déplaisants.
 - 3. Insomnie ou hypersomnie.
 - 4. Augmentation de l'appétit.
 - 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Spécifier la substance spécifique qui cause le syndrome de sevrage (c.-à-d. substance amphétaminique, cocaïne ou autre stimulant).

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.0**. Le code CIM-10-MC dépend de la nature du stimulant : amphétamine, cocaïne ou autre stimulant. Le code CIM-10-MC pour le sevrage d'une amphétamine ou d'un autre stimulant est **F15.23**, et le code CIM-10-MC pour le sevrage de cocaïne est **F14.23**. À noter que le code CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine, de cocaïne ou d'un autre stimulant, reflétant le fait que le sevrage de l'amphétamine, de la cocaïne ou d'un autre stimulant ne peut survenir qu'en présence d'un trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine, de cocaïne ou d'un autre stimulant. Il n'est pas permis de coder un trouble comorbide léger de l'usage d'amphétamine, de cocaïne ou d'un autre stimulant avec un sevrage de l'amphétamine, de la cocaïne ou d'un autre stimulant.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du sevrage d'un stimulant est la présence d'un syndrome de sevrage caractéristique qui se développe de quelques heures à plusieurs jours après l'arrêt (ou la réduction marquée) de l'usage de stimulant (généralement une forte dose) qui a été prolongé (critère A). Le syndrome de sevrage est caractérisé par le développement d'une humeur dysphorique accompagnée par au moins deux des changements physiologiques suivants : fatigue, rêves vifs et désagréables, insomnie ou hypersomnie, augmentation de l'appétit, agitation ou ralentissement psychomoteur (critère C). La bradycardie est souvent présente, et représente une mesure fiable du sevrage de stimulant (Ahmadi et al. 2008 ; Ahmadi et al. 2009 ; McGregor et al. 2005).

L'anhédonie et l'envie impérieuse de drogue (*craving*) peuvent souvent être présentes mais ne font pas partie des critères diagnostiques. Ces symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Les symptômes ne doivent

pas être imputables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (critère D).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les symptômes aigus de sevrage (un *crash*) sont souvent observés après des périodes d'usage à haute dose répétée (*runs* ou *binges*). Ces périodes sont caractérisées par des sentiments intenses et désagréables de lassitude, de dépression et d'augmentation de l'appétit, nécessitant généralement plusieurs jours de repos et de récupération. Les symptômes dépressifs avec idéation ou comportement suicidaire peuvent survenir et sont généralement les problèmes les plus sérieux observés durant le *crashing* ou d'autres formes de sevrage de stimulant. La majorité des individus avec un trouble de l'usage des stimulants expérimentent un syndrome de sevrage à un moment donné et quasiment tous les sujets atteints du trouble manifestent une tolérance.

Diagnostic différentiel

Trouble de l'usage des stimulants et autres troubles induits par des stimulants. Le sevrage de stimulant se distingue du trouble de l'usage des stimulants et des autres troubles induits par des stimulants (p. ex. état confusionnel dû à une intoxication par un stimulant, trouble dépressif, trouble bipolaire, trouble psychotique, trouble anxieux, dysfonctionnement sexuel, trouble du sommeil) parce que les symptômes du sevrage prédominent dans la présentation clinique et sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Autres troubles induits par des stimulants

Les troubles suivants induits par des stimulants (incluant les troubles induits par l'amphétamine, la cocaïne et les autres stimulants) sont décrits dans les autres chapitres du manuel consacrés aux troubles dont ils partagent la symptomatologie (cf. les troubles mentaux induits par une substance/un médicament dans ces chapitres) : trouble psychotique induit par un stimulant (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), trouble bipolaire induit par un stimulant (« Troubles bipolaires et apparentés »), trouble dépressif induit par un stimulant (« Troubles dépressifs »), trouble anxieux induit par un stimulant (« Trouble anxieux »), trouble compulsif induit par un stimulant (« Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés »), trouble du sommeil induit par un stimulant (« Troubles veille-sommeil ») et dysfonctionnement sexuel induit par un stimulant (« Dysfonctionnements sexuels »). Pour l'état confusionnel dû à une intoxication par un stimulant, voir les critères et discussions sur l'état confusionnel dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par un stimulant ne sont diagnostiqués à la place de l'intoxication par un stimulant ou sevrage d'un stimulant, que lorsque les symptômes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble lié à des stimulants non spécifié

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à des stimulants, entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne

remplissant pas tous les critères pour un trouble lié à des stimulants spécifique ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.9**. Le code CIM-10-MC dépend de la nature du stimulant : amphétamine, cocaïne ou autre stimulant. Le code CIM-10-MC pour un trouble lié à une amphétamine ou à un autre stimulant non spécifié est **F15.99**. Le code CIM-10-MC pour un trouble lié à la cocaïne non spécifié est **F14.99**.

Troubles liés au tabac

Trouble de l'usage du tabac
Sevrage du tabac
Autres troubles induits par le tabac
Trouble lié au tabac non spécifié

Trouble de l'usage du tabac

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Le tabac est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage du tabac.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac.
 4. Envie impérieuse (*craving*), ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac.
 5. Usage répété de tabac conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile (p. ex. perturbation du travail).
 6. Usage continu de tabac malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac (p. ex. conflits avec les autres au sujet de l'usage du tabac).
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du tabac.
 8. Usage répété de tabac dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (p. ex. fumer au lit).
 9. L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac.
 10. Tolérance définie par l'un des deux symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de tabac pour obtenir l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de consommation continue de la même quantité de tabac.
 11. Sevrage, manifesté par l'un des deux symptômes suivants :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique du tabac (*cf.* les critères A et B du sevrage du tabac).
 - b. Le tabac (ou une substance très proche, telle que la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage du tabac aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser le tabac », qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage du tabac aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser le tabac », qui peut être présent).

Spécifier si :

Sous traitement de maintien : Le sujet prend un traitement au long cours d'aide au maintien du sevrage du tabac, tel qu'un traitement de substitution nicotinique, et aucun critère du trouble de l'usage du tabac n'est présent pour cette classe thérapeutique (à l'exception de la tolérance ou du sevrage du traitement de substitution nicotinique).

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès au tabac est limité.

Codage reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si un syndrome de sevrage du tabac ou un trouble du sommeil induit par le tabac est également présent, ne pas utiliser les codes ci-dessous du trouble de l'usage du tabac. Le trouble comorbide de l'usage de tabac est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par l'usage de tabac (cf. la note de codage pour le sevrage du tabac ou le trouble du sommeil induit par le tabac). Par exemple, s'il y a un trouble comorbide du sommeil induit par le tabac et un trouble de l'usage du tabac, seul le code du trouble du sommeil induit par le tabac est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage du tabac est moyen ou grave : F17.208 pour un trouble moyen ou grave de l'usage du tabac avec un trouble du sommeil induit par le tabac. Il n'est pas permis de coder un trouble comorbide léger de l'usage du tabac avec un trouble du sommeil induit par le tabac.

Spécifier la sévérité actuelle :

305.1 (Z72.0) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

305.1 (F17.200) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

305.1 (F17.200) Grave : Présence d'au moins 6 symptômes.

Spécifications

« Sous traitement de maintien » convient comme spécification supplémentaire chez les personnes qui sont à la fois en rémission et bénéficient d'une thérapie de substitution.

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire quand le sujet est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (p. ex. en rémission précoce et dans un environnement protégé ou en rémission prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble de l'usage du tabac est courant parmi les sujets qui fument quotidiennement des cigarettes (Hughes et al. 2006) et consomment du tabac sans cigarette, et n'est pas courant chez ceux qui ne consomment pas quotidiennement de tabac ou qui utilisent des dispositifs thérapeutiques de substitution nicotinique (Shiffman et al. 2003). La tolérance au tabac est illustrée par la disparition des nausées et des vertiges après l'usage répétitif et par un effet plus marqué du tabac lors de la première prise dans la

journée. L'interruption de l'usage du tabac peut provoquer un syndrome de sevrage bien défini (Hughes 2007). De nombreux sujets présentant un trouble de l'usage du tabac utilisent le tabac pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage (p. ex. après avoir été dans une situation où il est interdit de fumer). De nombreux individus qui utilisent du tabac ont des symptômes physiques ou des pathologies en rapport avec le tabac et continuent de fumer. La grande majorité rapporte une envie impérieuse (*craving*) quand ils ne fument pas pendant plusieurs heures (Hughes 2007). Passer un temps excessif à utiliser du tabac peut être illustré par la consommation de tabac en chaîne (c.-à-d. fumer cigarette sur cigarette). Parce que les lieux de vente du tabac sont aisément et légalement accessibles, et parce que l'intoxication par la nicotine est très rare, il est peu fréquent de passer beaucoup de temps à se procurer du tabac ou à récupérer de ses effets. Renoncer à d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs peut se produire si un sujet abandonne une activité parce qu'elle a lieu dans une zone où il est interdit de fumer. L'usage du tabac entraîne rarement le manquement aux obligations majeures (p. ex. interférences avec le travail, interférences avec les obligations familiales) mais les problèmes sociaux ou interpersonnels (p. ex. conflits avec les autres au sujet de l'usage du tabac, évitement des situations sociales à cause de la désapprobation des autres de l'usage du tabac) ou un usage physiquement dangereux (p. ex. fumer au lit, fumer à proximité de produits chimiques inflammables) ont une prévalence intermédiaire. Bien que ces critères soient moins souvent signalés par les utilisateurs de tabac, si cela se produit, ils peuvent indiquer un trouble plus sévère (Shmulewitz et al. 2011).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Fumer dans les 30 minutes suivant le réveil, fumer quotidiennement, fumer davantage de cigarettes chaque jour, et se réveiller la nuit pour fumer sont associés au trouble de l'usage du tabac (Baker et al. 2012 ; Piper et al. 2006). Des facteurs environnementaux peuvent faire évoquer l'envie irrésistible (*craving*) ou le syndrome de sevrage. Des pathologies ou symptômes somatiques sérieux, tels que le cancer du poumon ou d'autres cancers, des maladies cardiaques et pulmonaires, des problèmes périnataux, la toux, l'essoufflement, le vieillissement prématuré de la peau, surviennent souvent (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2004).

Prévalence

Les cigarettes sont le produit à base de tabac le plus couramment utilisé (Giovino 2007), représentant plus de 90 % de l'usage de tabac/nicotine. Aux États-Unis, 57 % des adultes n'ont jamais fumé, 22 % sont d'anciens fumeurs et 21 % sont des fumeurs actuels (Centers for Disease Control and Prevention 2011). Environ 20 % des fumeurs actuels aux États-Unis ne sont pas des fumeurs quotidiens (Centers for Disease Control and Prevention 2011). La prévalence de l'usage de tabac sans cigarette représente moins de 5 %, et la prévalence de l'usage de tabac sous forme de pipe ou de cigare représente moins de 1 % (Centers for Disease Control and Prevention 2011 ; Giovino 2007).

Les critères de la dépendance à la nicotine du DSM-IV peuvent être utilisés pour estimer la prévalence du trouble de l'usage de tabac mais, du fait qu'ils sont un sous-ensemble des critères du trouble de l'usage du tabac, la prévalence du trouble de l'usage du tabac sera un peu plus importante. La prévalence sur 12 mois de la dépendance à la nicotine selon le DSM-IV aux États-Unis est de 13 % parmi les adultes âgés de plus de 18 ans (Grant et al. 2004). Les taux sont similaires entre les hommes adultes (14 %) et les femmes adultes (12 %) et déclinent avec l'âge, de 17 % dans chez les sujets de 18-29 ans jusqu'à 4 % chez les personnes de plus de 65 ans (Grant et al. 2004). La prévalence de la dépendance actuelle à la nicotine est plus importante parmi les natifs

américains et les natifs de l'Alaska (23 %) que parmi l'ensemble des blancs (14 %) mais est moins marquée parmi les Afro-Américains (10 %), les Américains d'origine asiatique et des îles du Pacifique (6 %) et des Hispaniques (6 %) (Grant et al. 2004). La prévalence parmi les fumeurs quotidiens actuels est d'environ 50 % (Hughes et al. 2006).

Dans de nombreux pays en voie de développement, la prévalence de la consommation de tabac est beaucoup plus importante chez les hommes que chez les femmes mais ce n'est pas le cas dans les pays développés (Wipfli et Samet 2009). Cependant, il y a souvent un décalage dans la transition démographique de telle sorte que la consommation tabagique augmente plus tardivement chez les femmes (Wipfli et Samet 2009).

Développement et évolution

La majorité des adolescents américains font l'expérience de l'usage du tabac, et à 18 ans, 20 % fument au moins chaque mois. La plupart d'entre eux deviennent des consommateurs quotidiens de tabac (Giovino 2007). L'initiation d'une consommation de tabac après 21 ans est rare. En général, certains des symptômes caractéristiques du trouble de l'usage de tabac surviennent rapidement après le début de l'usage du tabac (DiFranza 2008), et de nombreux modes individuels de consommation correspondent aux critères d'un trouble actuel de l'usage de tabac avant la fin de l'adolescence (Giovino 2007). Plus de 80 % des fumeurs tentent d'arrêter à un certain moment mais 60 % rechutent dans la semaine, et moins de 5 % restent définitivement abstinents (Hughes et al. 2004). Cependant, la plupart des sujets qui fument font plusieurs tentatives de telle sorte que la moitié des fumeurs finissent par s'abstenir (Giovino 2007). Les individus qui utilisent du tabac et qui, en définitive, cessent leur consommation, n'arrêtent habituellement qu'à partir de l'âge de 30 ans. Les fumeurs non quotidiens s'observaient rarement auparavant aux États-Unis mais ils sont devenus plus nombreux ces 10 dernières années, particulièrement parmi les jeunes.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les sujets avec des traits de personnalité d'externalisation sont plus à même de débiter une consommation de tabac (Ziedonis et al. 2008). Les enfants présentant un déficit de l'attention/hyperactivité ou des troubles des conduites, ainsi que des adultes ayant des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité, des troubles psychotiques ou d'autres troubles liés à l'usage de substance, ont un plus grand risque de débiter et de poursuivre l'usage du tabac avec un trouble de l'usage du tabac (Ziedonis et al. 2008).

Environnementaux. Les sujets aux faibles revenus et des faibles niveaux d'éducation sont plus à même de débiter un usage du tabac et ont moins de chance de l'arrêter (Giovino 2007).

Génétiques et physiologiques. Les facteurs génétiques contribuent à l'initiation et au maintien de l'usage du tabac, et au développement d'un trouble de l'usage du tabac, avec un degré d'hérédité équivalent à celui qui est observé dans des troubles liés à d'autres substances (c.-à-d. environ 50 %) (Munafò et al. 2004). Une part du risque est spécifique au tabac, et une part est commune avec la vulnérabilité au développement d'un trouble de l'usage de toute substance.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les cultures et les sous-cultures varient dans leur acceptation de l'usage du tabac. La prévalence de l'usage du tabac a diminué aux États-Unis entre les années 1960 et 1990 mais cette baisse a été moins marquée dans les populations afro-américaines et hispaniques (Giovino 2007). De même, fumer est plus fréquent dans les pays en voie de développement que dans les pays développés (Wipfli et Samet 2009). On ne

sait pas dans quelle mesure ces différences culturelles sont dues au revenu, à l'éducation et aux actions pour contrôler le tabac dans un pays donné ([Giovino 2007](#) ; [World Health Organization 2008](#)). Les fumeurs blancs non hispaniques semblent avoir plus de risques de développer un trouble de l'usage du tabac que les autres fumeurs ([Giovino 2007](#)). Certaines différences ethniques pourraient avoir des bases biologiques ([Mickens et al. 2010](#)). Les hommes afro-américains ont tendance à avoir des taux sanguins de nicotine supérieurs pour un nombre donné de cigarettes, et cela pourrait contribuer à rendre l'arrêt plus difficile. Aussi, la vitesse du métabolisme de la nicotine diffère significativement chez les blancs par rapport aux Afro-Américains et peut varier selon les génotypes associés aux ethnies.

Marqueurs diagnostiques

Le monoxyde de carbone expiré, et la nicotine et la cotinine (son métabolite) sanguines, salivaires ou urinaires peuvent être utilisés pour mesurer le niveau de l'usage actuel du tabac ou de nicotine ; cependant, il n'existe qu'une modeste association entre les mesures et le trouble de l'usage du tabac ([SRNT Subcommittee on Biochemical Verification 2002](#)).

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage de tabac

Les conséquences médicales de l'usage de tabac surviennent souvent quand les consommateurs de tabac atteignent la quarantaine et deviennent progressivement plus invalidantes avec le temps ([National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2004](#)). La moitié des fumeurs qui n'arrêtent pas d'utiliser du tabac décéderont prématurément d'une pathologie liée au tabac, et la morbidité liée au tabac concerne plus de la moitié des consommateurs de tabac. La plupart des pathologies médicales sont la conséquence d'une exposition au monoxyde de carbone, aux goudrons et aux autres composants non nicotiniques du tabac. Le facteur prédictif majeur du caractère réversible est la durée de consommation tabagique. Le tabagisme passif augmente de 30 % le risque de maladie cardiaque et de cancer. L'utilisation prolongée de dispositifs médicamenteux nicotiniques ne semble pas causer de dommage sur la santé ([Shields 2011](#)).

Comorbidité

Les pathologies médicales les plus fréquemment causées par le tabac sont les maladies cardiovasculaires, les bronchopneumopathies chroniques obstructives et les cancers ([National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2004](#)). Fumer augmente aussi les problèmes périnataux, comme le faible poids de naissance et les fausses couches ([National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2004](#)). Les comorbidités psychiatriques les plus courantes sont la consommation d'alcool/substances ([Ziedonis et al. 2008](#)), les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, dans une proportion allant de 22 à 32 % ([Grant et al. 2004](#)). Les fumeurs dépendants de la nicotine ont 2,7 à 8,1 fois plus de risques de présenter ces troubles par rapport aux fumeurs non dépendants, aux non-fumeurs ou aux anciens fumeurs.

Sevrage du tabac

Critères diagnostiques

292.0 (F17.203)

A. Usage quotidien de tabac pendant au moins plusieurs semaines.

- B. Arrêt brutal de la consommation, ou réduction de la quantité de tabac utilisée, suivi, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes ou symptômes suivants :
1. Irritabilité, frustration ou colère.
 2. Anxiété.
 3. Difficultés de concentration.
 4. Augmentation de l'appétit.
 5. Fébrilité.
 6. Humeur dépressive.
 7. Insomnie.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est 292.0. Le code CIM-10-MC pour le sevrage du tabac est F17.203. Noter que le code CIM-10-MC indique la présence d'un trouble moyen ou grave de l'usage du tabac reflétant le fait qu'un sevrage du tabac ne peut survenir qu'en présence d'un trouble de l'usage du tabac moyen à grave. Il n'est pas permis de coder un trouble comorbide léger de l'usage du tabac avec un sevrage du tabac.

Caractéristiques diagnostiques

Les symptômes de sevrage modifient la capacité à cesser l'usage du tabac. Les symptômes survenant suite à l'abstinence tabagique sont dus en grande partie à la privation de nicotine. Les symptômes sont beaucoup plus intenses chez les individus qui fument des cigarettes ou utilisent du tabac sans fumée que chez ceux qui utilisent des dispositifs médicamenteux nicotiniques. La différence au niveau de l'intensité des symptômes est probablement due au pic rapide et aux niveaux plus importants de nicotine qui sont atteints en fumant des cigarettes. Le sevrage du tabac est courant parmi les utilisateurs quotidiens de tabac qui arrêtent ou réduisent leur consommation mais peut aussi survenir chez les utilisateurs non quotidiens. Typiquement, le rythme cardiaque diminue de 5-12 battements/minute dans les premiers jours après l'arrêt du tabac, et le poids augmente de 2-3 kg en moyenne au cours de la 1^{re} année suivant l'arrêt du tabac. Le sevrage du tabac peut entraîner des modifications cliniquement significatives de l'humeur et des troubles fonctionnels.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

L'envie impérieuse (*craving*) de confiseries ou d'aliments sucrés et une altération des performances lors des tâches nécessitant de la vigilance sont associées au sevrage du tabac (Hughes 2007). L'abstinence peut accroître la constipation, la toux, les vertiges, les rêves/cauchemars, les nausées et la sécheresse de gorge. Fumer augmente le métabolisme de nombreux traitements médicamenteux utilisés pour soigner les troubles mentaux ; ainsi l'arrêt du tabac peut augmenter la concentration sanguine de ces médicaments, ce qui peut entraîner des conséquences cliniquement significatives (Kroon 2007). Cet effet ne semble pas dû à la nicotine mais plutôt aux autres composants du tabac.

Prévalence

Environ 50 % des utilisateurs de tabac qui arrêtent leur consommation pendant plus de 2 jours auront des symptômes qui répondent aux critères du sevrage du tabac (Hughes 2007). Les signes et symptômes les plus couramment rapportés sont l'anxiété, l'irritabilité et les difficultés de concentration. Les symptômes les moins couramment rapportés sont la dépression et l'insomnie.

Développement et évolution

Le sevrage du tabac débute habituellement dans les 24 heures suivant l'arrêt ou la diminution de la consommation du tabac, avec un pic après 2-3 jours d'abstinence, et dure 2-3 semaines (Hughes 2007). Les symptômes du sevrage du tabac peuvent survenir chez des adolescents utilisateurs de tabac, même avant l'usage quotidien du tabac (DiFranza 2008). Des symptômes prolongés au-delà d'un mois ne sont pas communs.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les fumeurs avec des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des troubles anxieux, une hyperactivité avec déficit de l'attention et des troubles liés à l'usage d'une autre substance ont un syndrome de sevrage plus sévère (Ziedonis et al. 2008).

Génétiques et physiologiques. Le génotype peut influencer la probabilité d'un syndrome de sevrage lors de l'abstinence (Pergadia et al. 2006).

Marqueurs diagnostiques

Le monoxyde de carbone expiré et la nicotine et la cotinine (son métabolite) sanguines, salivaires ou urinaires peuvent être utilisés pour mesurer le niveau de l'usage actuel de tabac ou de nicotine ; cependant, il n'existe qu'une modeste association entre les mesures et le sevrage du tabac (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification 2002).

Retentissement fonctionnel du sevrage du tabac

L'abstinence tabagique peut causer une souffrance cliniquement significative (Hughes 2007). Le sevrage diminue la capacité à cesser ou à contrôler l'usage du tabac. Affirmer que le sevrage du tabac peut précipiter un nouveau trouble mental ou la récurrence d'un trouble mental est discutable mais si cela se produit (Prochaska et al. 2004), cela semble être le cas d'une petite minorité de consommateurs de tabac.

Diagnostic différentiel

Les symptômes de sevrage du tabac se chevauchent avec ceux des syndromes de sevrage d'autres substances (p. ex. sevrage de l'alcool, sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, sevrage d'un stimulant, sevrage de la caféine, sevrage d'un opiacé), de l'intoxication par la caféine, des troubles anxieux, des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, et des troubles du sommeil, et d'une akathisie induite par les médicaments (Hughes 1993). L'admission dans des unités de soin sans tabac ou une interruption volontaire du tabac peut entraîner un syndrome de sevrage qui mime, intensifie ou masque d'autres troubles ou effets indésirables des traitements

utilisés pour traiter des troubles mentaux (p. ex. une irritabilité due à un sevrage de l'alcool). La diminution des symptômes avec l'usage des dispositifs thérapeutiques nicotiniques confirme le diagnostic.

Autres troubles induits par le tabac

Le trouble du sommeil induit par le tabac est discuté dans le chapitre « Troubles veille-sommeil » (cf. « Trouble du sommeil induit par une substance/un médicament »).

Trouble lié au tabac non spécifié

292.9 (F17.209)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié au tabac, entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié au tabac ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles liés à une substance autre (ou inconnue)

Trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
Intoxication par une substance autre (ou inconnue)
Sevrage d'une substance autre (ou inconnue)
Troubles induits par une substance autre (ou inconnue)
Trouble lié à une substance autre (ou inconnue) non spécifié

Trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique d'une substance psychoactive autre que l'alcool, la caféine, le cannabis, un hallucinogène (phencyclidine et autres), une substance inhalée, un opiacé, un sédatif, un hypnotique ou un anxiolytique, une substance stimulante ou le tabac, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes observées au cours d'une période de 12 mois :
1. La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.
5. Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
6. Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement.
9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (*cf.* les critères A et B du sevrage d'une substance autre [ou inconnue] p. 749).
 - b. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance », qui peut être présent).

En rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance », qui peut être présent).

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à la substance est limité.

Codage reposant sur la sévérité actuelle : Note pour les codes CIM-10-MC : Si une intoxication par une substance autre (ou inconnue), un sevrage d'une substance autre (ou inconnue), ou un autre trouble mental induit par une substance autre (ou inconnue) est également présent, ne pas utiliser les codes ci-après du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Le trouble comorbide de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est indiqué à la place par le 4^e caractère du code du trouble induit par une substance autre (ou inconnue) (*cf.* la note de codage pour l'intoxication par une substance autre [ou inconnue], le sevrage d'une substance autre [ou inconnue], ou un autre trouble mental spécifique induit par une substance autre [ou inconnue]). Par exemple, s'il y a une dépression induite par une substance autre (ou inconnue) comorbide à un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), seul le code de la dépression induite par une substance autre (ou inconnue) est noté, le 4^e caractère indiquant si le trouble comorbide de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est léger, moyen ou grave : F19.14 pour un trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) avec dépression induite par une substance autre (ou inconnue).

ou F19.24 pour un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) avec dépression induite par une substance autre (ou inconnue).

Spécifier la sévérité actuelle :

305.90 (F19.10) Léger : Présence de 2-3 symptômes.

304.90 (F19.20) Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

304.90 (F19.20) Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Spécifications

« En environnement protégé » convient comme spécification supplémentaire quand le sujet est à la fois en rémission et dans un environnement protégé (p. ex. en rémission précoce et dans un environnement protégé ou en rémission prolongée et dans un environnement protégé). Des exemples d'un tel environnement peuvent être des prisons étroitement surveillées avec interdiction de substances, des communautés thérapeutiques et des unités fermées dans les hôpitaux.

Caractéristiques diagnostiques

La classe diagnostique des troubles liés à une substance autre (ou inconnue) inclut des troubles liés à une substance différente de l'alcool, la caféine, le cannabis, des hallucinogènes (phencyclidine et autres), des substances inhalées, des opiacés, des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, des stimulants (comprenant amphétamine et cocaïne) ou du tabac. De telles substances incluent les stéroïdes anabolisants (Kanayama et al. 2009), les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes, les antiparkinsoniens (Dagher et Robbins 2009), les antihistaminiques, le protoxyde d'azote, le nitrite d'amyle, de butyle ou d'isobutyle (Wu et al. 2005), la noix d'arec (Gupta et Ray 2004), qui est mâchée dans diverses cultures afin de produire une légère euphorie et une sensation de flottement, le kava (extrait d'un poivron du Pacifique Sud), qui produit une sédation, une incoordination, une perte de poids, une hépatite modérée, et des altérations pulmonaires, ou des cathinones (incluant les composants de la plante de qât et ses dérivés chimiques de synthèse) qui produit des effets stimulants (Kelly 2011). Les troubles liés à une substance autre sont associés à des substances non identifiées, telles que des intoxications pour lesquelles l'individu ne peut pas identifier la drogue consommée, ou à des troubles de l'usage impliquant soit de nouvelles drogues issues du marché noir non identifiées jusqu'à présent, soit des drogues connues vendues illégalement sous des faux noms.

Le trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est un trouble mental dans lequel l'usage répété d'une substance autre ou inconnue se poursuit classiquement, bien que le sujet sache que la substance lui cause de sérieux problèmes. Ces problèmes sont mentionnés dans les critères diagnostiques. Quand la substance est connue, elle doit être mentionnée nominativement dans le codage du trouble (p. ex. trouble de l'usage de protoxyde d'azote).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Un diagnostic de trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est supporté par l'affirmation du sujet selon laquelle la substance impliquée n'appartient pas aux neuf classes répertoriées dans ce chapitre, par des épisodes récurrents d'intoxication avec des résultats négatifs aux examens toxicologiques standards (qui peuvent ne pas détecter des substances nouvelles ou rarement utilisées), ou par la présence de symptômes caractéristiques d'une substance non identifiée, récemment apparue dans la communauté de l'individu.

En raison d'un accès grandissant au protoxyde d'azote (« gaz hilarant »), l'appartenance à certaines populations est associée au diagnostic de trouble de l'usage de protoxyde d'azote. Ce gaz fonctionne comme agent anesthésique conduisant ainsi à un mésusage chez certains professionnels médicaux ou dentaires (Blanton 2006). Son utilisation comme gaz propulseur de produits commerciaux (p. ex. bombes à crème fouettée) contribue à un mésusage chez le personnel de restauration. Avec la disponibilité récente et répandue de la substance dans des cartouches à usage familial pour siphons à crème fouettée, le mésusage de protoxyde d'azote par les adolescents et les jeunes adultes est significatif (Substance Abuse and Mental Health Services 2008), particulièrement ceux qui inhalent des hydrocarbures volatils. Certains sujets qui les utilisent en continu, inhalant jusqu'à 240 cartouches par jour, peuvent présenter des complications médicales sévères et des troubles mentaux, incluant la myéloneuropathie (Alt et al. 2010), la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle épinière (Cartner et al. 2007), les neuropathies périphériques (Richardson 2010) et les états psychotiques (Sethi et al. 2006). Ces pathologies sont aussi associées au diagnostic de trouble de l'usage de protoxyde d'azote.

Prévalence

À la lumière de données très limitées, la prévalence du trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) est probablement plus faible que les troubles de l'usage des neuf classes de substances décrites dans ce chapitre.

Développement et évolution

Aucun modèle simple de développement ou d'évolution ne caractérise la diversité pharmacologique des troubles de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Souvent les troubles de l'usage d'une substance inconnue seront reclassés quand la substance inconnue sera finalement identifiée.

Facteurs de risque et pronostiques

Les facteurs de risque et pronostiques des troubles de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) semblent les mêmes que ceux évoqués dans les troubles de l'usage de la plupart des substances et comportent la présence de troubles de l'usage de toute autre substance, le trouble des conduites, le trouble de la personnalité antisociale chez le sujet ou sa famille, un début précoce des problèmes liés à une substance, un approvisionnement facile de la substance dans l'environnement du patient, des traumatismes ou maltraitements dans l'enfance, et des signes précoces d'un moindre contrôle de soi et d'une désinhibition comportementale.

Questions diagnostiques liées à la culture

Certaines cultures semblent associées aux troubles de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) impliquant des substances propres aux régions culturelles, telle que la noix d'arec.

Marqueurs diagnostiques

Les tests urinaires, dans l'air expiré ou salivaires pourraient correctement identifier une substance couramment utilisée, vendue à tort comme un nouveau produit. Cependant, les examens cliniques habituellement utilisés ne peuvent pas identifier réellement des substances rares ou nouvelles, nécessitant des examens dans des laboratoires spécialisés.

Diagnostic différentiel

Usage de substances autres ou inconnues ne répondant pas aux critères d'un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). L'usage de substances inconnues n'est pas exceptionnel chez les adolescents mais la plupart de ces usages n'atteignent pas le seuil diagnostique de deux critères ou plus correspondant au trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) dans l'année écoulée.

Troubles de l'usage d'une substance. Le trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) semble associé à différents troubles de l'usage d'une substance, et les symptômes des troubles semblent similaires et se superposent. Afin de distinguer les profils des symptômes, il est utile de rechercher quel symptôme persistait pendant les périodes au cours desquelles l'une des substances n'était pas utilisée.

Trouble induit par une substance autre (ou inconnue)/un médicament. Ce diagnostic doit être distingué des situations où les symptômes du sujet correspondent aux critères complets pour l'un des troubles suivants, et où ce trouble est causé par une substance autre ou inconnue : délire, trouble neurocognitif moyen ou grave, trouble psychotique, trouble dépressif, trouble anxieux, dysfonction sexuelle ou trouble du sommeil.

Autres pathologies médicales. Des sujets avec des troubles de l'usage d'une substance, comportant un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), peuvent présenter des symptômes de nombreuses pathologies médicales. Ces troubles peuvent aussi survenir en l'absence d'un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Une histoire d'absence d'usage ou de faible usage de substances autres ou inconnues conduit à exclure un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) comme facteur causal de ces problèmes.

Comorbidité

Les troubles de l'usage d'une substance, incluant le trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), sont couramment associés les uns aux autres, avec un trouble des conduites de l'adolescent et un trouble de la personnalité antisociale de l'adulte, et avec les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Intoxication par une substance autre (ou inconnue)

Critères diagnostiques

- A. Développement d'un syndrome réversible spécifique de la substance dû à une ingestion (ou exposition) récente d'une substance qui n'est pas décrite ailleurs ou est inconnue.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs, imputables à l'effet de la substance sur le système nerveux central (p. ex. trouble de la coordination motrice, agitation ou ralentissement psychomoteur, euphorie, anxiété, agressivité, labilité de l'humeur, trouble cognitif, altération du jugement, retrait social) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- C. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est **292.89**. Le code CIM-10-MC dépend du fait qu'il y ait ou non un trouble comorbide de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)

impliquant la même substance. S'il y a un trouble comorbide léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), le code CIM-10-MC est **F19.129**, et s'il y a un trouble comorbide moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), le code est **F19.229**. S'il n'y a pas de trouble comorbide de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) impliquant la même substance, le code CIM-10-MC est **F19.929**.

N.B. : Pour plus d'informations sur les facteurs de risque et pronostiques, les caractéristiques liées à la culture et les marqueurs diagnostiques, se référer aux sections correspondantes dans le trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue).

Caractéristiques diagnostiques

L'intoxication par une substance autre (ou inconnue) est un trouble mental cliniquement significatif qui se développe pendant, ou immédiatement après, l'usage de soit a) une substance non répertoriée ailleurs dans ce chapitre (c.-à-d. alcool, caféine, cannabis, phencyclidine et autres hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants ou tabac), soit b) une substance inconnue. Si la substance est connue, elle doit être mentionnée nominativement dans le codage du trouble.

L'application des critères diagnostiques d'une intoxication par une substance autre (ou inconnue) est un véritable challenge. Le critère A nécessite la présence d'un syndrome réversible « spécifique de la substance » mais si la substance est inconnue, ce syndrome sera habituellement inconnu. Pour résoudre ce paradoxe, les cliniciens pourraient demander au sujet, ou apprendre de façon indirecte, s'il a connu un épisode semblable après avoir utilisé des substances avec le même « nom de rue » ou d'une même origine. De la même manière, les services hospitaliers d'urgence reconnaissent après quelques jours les nombreuses présentations d'une intoxication sévère, inhabituelle par une substance récemment disponible, inconnue auparavant. À cause de la grande variété de substances toxiques, le critère B peut seulement offrir des exemples des nombreux signes et symptômes de certaines intoxications, sans aucun seuil défini quant au nombre de symptômes requis pour poser le diagnostic ; le jugement clinique doit guider de telles décisions. Le critère C nécessite d'éliminer toute autre pathologie médicale, troubles mentaux ou intoxications.

Prévalence

On ne connaît pas la prévalence de l'intoxication par une substance autre (ou inconnue).

Développement et évolution

Les intoxications apparaissent habituellement avec un pic de quelques minutes à des heures après l'usage de la substance mais l'apparition et l'évolution varient selon la substance et le mode d'administration. Généralement, les substances utilisées par inhalation pulmonaire et injection intraveineuse ont une plus grande rapidité d'action, alors que celles ingérées par la bouche et nécessitant une dégradation en produit actif sont plus lentes. (Par exemple, après l'ingestion de certains champignons, les premiers signes d'une intoxication éventuellement fatale peuvent ne pas se manifester pendant quelques jours.) Les effets de l'intoxication sont habituellement résolutifs en quelques heures à quelques jours. Cependant, il se peut que le corps élimine complètement un gaz anesthésique tel que le protoxyde d'azote quelques minutes après la fin de l'usage. À l'extrême opposé, certaines substances psychoactives à action irréversible empoisonnent tous les systèmes, laissant des séquelles permanentes. Par exemple, le MPTP (1-méthyl-4-phényl-1,2,3,6-tétrahydropyridine), un composant produit incidemment au cours de la synthèse de certains opiacés, détruit les cellules dopaminergiques et induit

un syndrome parkinsonien permanent chez des consommateurs qui recherchaient une intoxication par des opiacés (Langston et Palfreman 1995).

Retentissement fonctionnel d'une intoxication par une substance autre (ou inconnue)

L'altération liée à l'intoxication par toute substance peut entraîner de sérieuses conséquences, incluant les difficultés au travail, un manque de tact en société, des problèmes dans les relations interpersonnelles, le manquement aux obligations liées à sa situation, des accidents de la voie publique, des bagarres, des comportements à haut risque (p. ex. des rapports sexuels non protégés) et le surdosage avec une substance ou un médicament. L'éventail des conséquences varie avec la substance particulière.

Diagnostic différentiel

Usage de substances autres ou inconnues ne répondant pas aux critères d'un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Le sujet a utilisé une (des) substance(s) autre(s) ou inconnue(s) mais la dose a été insuffisante pour provoquer des symptômes qui répondent aux critères diagnostiques.

Intoxication par une substance ou troubles induits par une substance autre (ou inconnue)/un médicament. Il se peut que des substances communes soient vendues sur le marché noir comme de nouveaux produits, et les individus expérimentent une intoxication par ces substances. L'histoire, le dépistage toxicologique ou les examens chimiques de la substance elle-même peuvent contribuer à l'identifier.

Différents types de troubles liés à l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Des épisodes d'intoxication par une substance autre (ou inconnue) peuvent survenir avec (mais sont distincts d') un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), d'un trouble non spécifié de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) et des troubles induits par une substance autre (ou inconnue).

Autres troubles toxiques, métaboliques, traumatiques, néoplasiques, vasculaires ou infectieux qui altèrent la fonction et la cognition cérébrale. De nombreuses pathologies neurologiques ou d'autres affections médicales peuvent entraîner l'apparition rapide de signes et des symptômes mimant ceux des intoxications, comprenant les exemples du critère B. Paradoxalement, les sevrages de drogues doivent aussi être exclus, à l'image par exemple, de la léthargie qui peut témoigner d'un sevrage d'une drogue donnée ou d'une intoxication par une autre drogue.

Comorbidité

Comme pour les troubles liés à toute substance, les troubles des conduites de l'adolescent, le trouble de la personnalité antisociale de l'adulte et d'autres troubles de l'usage d'une autre substance ont tendance à être associés à l'intoxication par une substance autre (ou inconnue).

Sevrage d'une substance autre (ou inconnue)

Critères diagnostiques

292.0 (F19.239)

- A. Arrêt (ou réduction) de l'utilisation d'une substance qui a été massive et prolongée.
- B. Développement d'un syndrome spécifique de la substance rapidement après l'arrêt (ou la réduction) de l'usage de la substance.

- C. Le syndrome spécifique lié à la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont un sevrage d'une autre substance.
- E. La substance impliquée n'appartient à aucune des autres catégories de substances (alcool, caféine, cannabis, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants ou tabac) ou est inconnue.

Note de codage : Le code CIM-9-MC est 292.0. Le code CIM-10-MC pour un sevrage d'une substance autre (ou inconnue) est F19.239. À noter que le codage CIM-10-MC indique la présence comorbide d'un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Il n'est pas permis de coder un trouble comorbide léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) avec un sevrage d'une substance autre (ou inconnue).

N.B. : Pour plus d'informations sur les facteurs de risque et pronostiques et les marqueurs diagnostiques, se référer aux sections correspondantes dans le trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue).

Caractéristiques diagnostiques

Le sevrage d'une substance autre (ou inconnue) est un trouble mental cliniquement significatif qui apparaît entre quelques minutes et quelques jours, après avoir réduit ou interrompu la consommation d'une substance (critères A et B). Bien qu'une récente diminution ou cessation soit habituellement claire dans le récit, les autres procédures diagnostiques sont très compliquées si la drogue est inconnue. Le critère B nécessite l'apparition d'un syndrome « spécifique de la substance » (c.-à-d. que les signes et les symptômes de l'individu doivent correspondre avec le syndrome de sevrage lié à la substance récemment stoppée) – une condition qui ne peut être remplie que rarement avec une substance inconnue. En conséquence, le jugement clinique doit guider de telles décisions quand l'information est ainsi limitée. Le critère D nécessite d'exclure les autres pathologies médicales, les troubles mentaux ou les sevrages de substances communes. Quand la substance est connue, elle doit être mentionnée nominativement dans le codage du trouble (p. ex. sevrage de la noix d'arac).

Prévalence

On ne connaît pas la prévalence du sevrage d'une substance autre (ou inconnue).

Développement et évolution

Les signes de sevrage apparaissent habituellement quelques heures après que l'usage de la substance soit interrompu mais le développement et l'évolution varient fortement, suivant la dose typiquement utilisée par la personne et le taux d'élimination par l'organisme de la substance spécifique ; à l'acmé, des symptômes de sevrage de certaines substances entraînent seulement des niveaux modérés de désagrément, alors que pour d'autres substances le sevrage peut être fatal. La dysphorie associée au sevrage incite souvent à retomber dans l'usage de la substance. Les symptômes de sevrage diminuent lentement au cours des jours, des semaines ou des mois, en fonction de la drogue spécifique et des doses auxquelles l'individu devient tolérant.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les aspects culturels influençant le diagnostic varieront selon la substance en question.

Retentissement fonctionnel d'un sevrage d'une substance autre (ou inconnue)

Un sevrage d'une substance autre (ou inconnue) peut avoir des conséquences sérieuses, incluant des signes et symptômes physiques (p. ex. malaise, modifications des signes vitaux, détresse abdominale, céphalées), manque intense de la drogue, anxiété, dépression, agitation, symptômes psychotiques ou altérations cognitives. Ces conséquences peuvent conduire à des problèmes tels qu'une difficulté au travail, des problèmes dans les relations interpersonnelles, une défaillance dans l'accomplissement des obligations liées à ses fonctions, des accidents de la voie publique, des bagarres, un comportement à haut risque (p. ex. des rapports sexuels non protégés), des tentatives de suicide et le surdosage à une substance ou à des médicaments. L'éventail de conséquences varie suivant la substance particulière.

Diagnostic différentiel

Réduction de dose après consommation prolongée, ne répondant pas aux critères d'un sevrage d'une substance autre (ou inconnue). Le sujet a utilisé des substances autres (ou inconnues) mais la dose utilisée était insuffisante pour provoquer des symptômes qui répondent aux critères requis pour le diagnostic.

Sevrage d'une substance ou troubles induits par une substance autre/un médicament. Il se peut que des substances communes soient vendues sur le marché noir comme de nouveaux produits, et les sujets expérimentent un sevrage en interrompant ces substances. Les antécédents, le dépistage toxicologique ou les examens chimiques de la substance elle-même peuvent contribuer à l'identifier.

Différents types de troubles liés à l'usage d'une substance autre (ou inconnue). Des épisodes de sevrage d'une substance autre (ou inconnue) peuvent survenir mais sont distincts d'un trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), d'un trouble non spécifié de l'usage d'une substance autre (ou inconnue) et des troubles induits par une substance autre (ou inconnue).

Autres troubles toxiques, métaboliques, traumatiques, néoplasiques, vasculaires, ou infectieux qui altèrent la fonction et la cognition cérébrales. De nombreuses pathologies neurologiques ou d'autres affections médicales peuvent entraîner une apparition rapide de signes et de symptômes mimant ceux des sevrages. Paradoxalement, les intoxications doivent aussi être exclues, à l'image, par exemple, de la léthargie qui témoigne d'un sevrage d'une drogue donnée et d'une intoxication par une autre drogue.

Comorbidité

Comme pour les troubles liés à toute substance, les troubles des conduites de l'adolescent, le trouble de la personnalité antisociale de l'adulte et d'autres troubles de l'usage d'une autre substance ont tendance à être associés avec le sevrage d'une substance autre (ou inconnue).

Autres troubles induits par une substance autre (ou inconnue)

Comme la catégorie des substances autres ou inconnues est par essence mal définie, l'étendue et la diversité des troubles induits sont incertaines. Néanmoins, les troubles induits par une substance autre (ou inconnue) sont envisageables et sont

décrits dans d'autres chapitres du manuel avec des troubles avec lesquels ils partagent des éléments phénoménologiques (cf. les troubles mentaux induits par une substance/ un médicament dans ces chapitres) : trouble psychotique induit par une substance autre (ou inconnue) (« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »), troubles bipolaires induits par une substance autre (ou inconnue) (« Troubles bipolaires et apparentés »), troubles dépressifs induits par une substance autre (ou inconnue) (« Troubles dépressifs »), troubles anxieux induits par une substance autre (ou inconnue) (« Troubles anxieux ») ; troubles obsessionnels-compulsifs induits par une substance autre (ou inconnue) (« Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés »), trouble du sommeil induit par une substance autre (ou inconnue) (« Troubles veille-sommeil »), dysfonction sexuelle induite par une substance autre (ou inconnue) (« Dysfonctions sexuelles »), trouble neurocognitif moyen ou majeur induit par une substance autre (ou inconnue)/un médicament (« Troubles neurocognitifs »). Pour un état confusionnel de l'intoxication induite par une substance autre (ou inconnue) et un état confusionnel du sevrage induit par une substance autre (ou inconnue), voir les critères et la discussion dans le chapitre « Troubles neurocognitifs ». Ces troubles induits par une substance autre (ou inconnue) ne sont diagnostiqués à la place d'une intoxication par une substance autre (ou inconnue) ou d'un sevrage d'une substance autre (ou inconnue) que lorsque les symptômes sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Trouble lié à une substance autre (ou inconnue) non spécifié

292.9 (F19.99)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble lié à une substance autre (ou inconnue), entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant pas tous les critères pour un trouble spécifique lié à une substance autre (ou inconnue), ni pour aucun des troubles liés à une substance et troubles addictifs décrits dans ce chapitre.

Troubles non liés à des substances

Jeu d'argent pathologique (trouble lié au jeu d'argent)

Critères diagnostiques

312.31 (F63.0)

- A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu d'argent conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, comme en témoigne, chez le sujet, la présence d'au moins quatre des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
1. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.

2. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Préoccupation par le jeu (p. ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
5. Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être (p. ex. sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).
7. Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Met en danger ou a perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
9. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu d'argent n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

Spécifier si :

Occasionnel : Remplissant les critères diagnostiques par épisodes, entre des périodes de jeu d'argent pathologique, les symptômes s'amendant pendant au moins plusieurs mois.

Continu : Présence de symptômes continus, remplissant les critères diagnostiques depuis de nombreuses années.

Spécifier si :

En rémission précoce : Après que tous les critères du trouble lié au jeu aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois.

En rémission prolongée : Après que tous les critères de trouble lié au jeu aient été préalablement remplis, aucun ne l'a été pendant au moins 12 mois.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Présence de 4-5 critères.

Moyen : Présence de 6-7 critères.

Grave : Présence de 8-9 critères.

N.B. : Bien que certains troubles des conduites qui n'impliquent pas l'ingestion de substances aient des similitudes avec les troubles de l'usage d'une substance, un seul trouble – le trouble lié à la pratique du jeu d'argent, ou jeu d'argent pathologique – a suffisamment de données pour justifier son inclusion dans ce chapitre.

Spécifications

La sévérité repose sur le nombre de critères validés. Des individus présentant un jeu d'argent pathologique d'intensité légère peuvent manifester 4-5 des critères, avec les critères les plus fréquemment validés, habituellement en lien avec la préoccupation pour le jeu et la poursuite du jeu pour tenter de « se refaire » (Blanco et al. 2006 ; Gerstein et al. 1999). Des individus avec un jeu d'argent pathologique moyennement sévère manifestent plus de critères (p. ex. 6-7). Des individus avec la forme la plus sévère rempliront tous ou la plupart des neuf critères (p. ex. 8-9). Le fait de mettre en danger les relations ou des opportunités de carrière à cause du jeu d'argent pathologique et le fait de compter sur les autres pour avoir de l'argent à cause des pertes liées au jeu sont typiquement les critères les moins souvent rapportés, et qui surviennent le plus généralement dans le jeu d'argent pathologique plus sévère (Blanco et al. 2006 ; Gerstein et al. 1999). En outre, des individus se présentant pour un traitement du jeu d'argent pathologique ont typiquement des formes de trouble d'intensité moyenne ou grave (Petry et al. 2006 ; Slutske 2006).

Caractéristiques diagnostiques

Le jeu d'argent pathologique implique le fait de risquer quelque chose de valeur dans l'espoir d'obtenir quelque chose de plus grande valeur. Dans de nombreuses cultures, les individus parient sur les jeux ou les événements, et la plupart le font sans rencontrer de problèmes. Cependant, certains sujets manifestent des difficultés substantielles en rapport avec leurs conduites de jeu d'argent pathologique. La caractéristique essentielle du jeu d'argent pathologique est un comportement de jeu pathologique persistant et récurrent qui perturbe les activités personnelles, familiales et/ou professionnelles (critère A). Le jeu d'argent pathologique est défini comme un ensemble d'au moins quatre symptômes répertoriés dans le critère A survenant n'importe quand sur une même période de 12 mois.

La pratique du jeu pour tenter de « se refaire » peut se manifester par un besoin urgent de continuer à jouer (souvent en faisant des paris plus conséquents ou en prenant de plus grands risques) pour compenser une perte ou une série de pertes. L'individu peut abandonner sa stratégie de jeu et tenter de regagner ses pertes en une fois. Bien que de nombreux joueurs pathologiques semblent tenter de « se refaire » pendant de courtes périodes, il est fréquent, et souvent sur une longue période, que le fait de « se refaire » soit caractéristique du jeu d'argent pathologique (critère A6). Il se peut que les individus mentent aux membres de leur famille, aux thérapeutes ou à d'autres afin de dissimuler l'ampleur de leur implication dans le jeu ; ces situations de tromperie peuvent aussi comporter, entre autres, le fait de dissimuler les conduites illégales telles que l'usage de faux, la fraude, le vol ou le détournement de fonds pour obtenir de l'argent pour jouer (critère A7). Des individus peuvent aussi s'engager dans des comportements de « sauvetage », en se tournant vers la famille ou les autres pour demander de l'aide dans une situation financière désespérée causée par le jeu (critère A9).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Des distorsions de la pensée (p. ex. déni, superstitions, sentiment de contrôle et de pouvoir sur l'issue d'événements aléatoires, suffisance) peuvent être présentes chez les sujets souffrant de jeu d'argent pathologique (Xian et al. 2008). De nombreux individus présentant un jeu d'argent pathologique pensent que l'argent est à la fois la cause et la solution à leurs problèmes. Certains sont impulsifs, compétitifs, énergiques, agités et facilement ennuyés ; ils peuvent être trop préoccupés par l'approbation des autres et généreux jusqu'à l'extravagance lorsqu'ils gagnent. D'autres sujets présentant un jeu d'argent pathologique sont déprimés et esseulés, et il se peut qu'ils jouent quand ils se sentent impuissants, coupables ou déprimés (Ledgerwood et Petry 2010). Plus de la moitié des individus traités pour un jeu d'argent pathologique ont des idées suicidaires, et environ 17 % ont fait une tentative de suicide (Petry et Kiluk 2002).

Prévalence

La prévalence du jeu d'argent pathologique sur les 12 derniers mois dans la population générale est d'environ 0,2-0,3 % (Gerstein et al. 1999 ; Kessler et al. 2008 ; Petry et al. 2005). Dans la population générale, la prévalence vie entière est d'environ 0,4-1 % (Gerstein et al. 1999 ; Kessler et al. 2008 ; Petry et al. 2005 ; Welte et al. 2001). Chez les femmes, elle est d'environ 0,2 %, et chez les hommes, d'environ 0,6 % (Blanco et al. 2006). La prévalence vie entière du jeu pathologique est d'environ 0,9 % chez les Afro-Américains, d'environ 0,4 % chez les blancs, et d'environ 0,3 % chez les Hispaniques (Alegria et al. 2009).

Développement et évolution

Le jeu d'argent pathologique peut débuter au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte mais chez d'autres sujets cela se manifeste à l'âge moyen et même plus

tard. Généralement, le jeu d'argent pathologique s'amplifie au fil des années, bien que la progression apparaisse plus rapide chez les femmes que chez les hommes (Tavares et al. 2003). La plupart des individus qui pratiquent le jeu d'argent pathologique augmentent progressivement leurs niveaux de paris à la fois en fréquence et en valeur (Currie et al. 2006 ; Kessler et al. 2008). Les formes légères peuvent certainement évoluer vers des formes plus sévères. La plupart des sujets présentant un jeu d'argent pathologique signalent qu'un ou deux types de jeu sont plus problématiques pour eux (Petry et al. 2006), bien que certains s'adonnent à plusieurs formes de jeu. Des personnes sont plus à même de se livrer à certains types de jeux (p. ex. acheter quotidiennement des tickets à gratter) plus fréquemment que d'autres (p. ex. jouer chaque semaine au casino aux machines à sous ou au blackjack). La fréquence de jeu peut être plus associée au type de jeu qu'à la sévérité du jeu d'argent pathologique considéré dans son ensemble. Par exemple, acheter un seul ticket à gratter chaque jour ne semble pas problématique, tandis que jouer moins fréquemment au casino, aux paris sportifs, ou aux cartes peut représenter un jeu d'argent pathologique (Petry 2003). De la même manière, les quantités d'argent dépensées à jouer ne sont pas indicatives en elles-mêmes d'un jeu d'argent pathologique. Certains sujets peuvent jouer de plus petits montants mais rencontrer des difficultés substantielles liées au jeu (Walker et al. 2006).

Les modes de jeu d'argent peuvent être réguliers ou occasionnels, et le jeu d'argent pathologique peut être continu ou en rémission (Hodgins et el-Guebaly 2000 ; Slutske 2006 ; Slutske et al. 2010). Le jeu d'argent peut augmenter durant des périodes de stress ou de dépression et durant des périodes d'usage ou d'abstinence de substances. Il peut y avoir des périodes de fort jeu pathologique avec des problèmes sévères, des temps d'abstinence complète, et des périodes de jeu non problématique. Le jeu d'argent pathologique est parfois associé à des rémissions spontanées au long cours. Néanmoins, certains individus sous-estiment leur vulnérabilité à poursuivre le jeu d'argent pathologique ou à rechuter dans le jeu d'argent pathologique après rémission. Au cours d'une période de rémission, ils peuvent à tort présumer de leur absence de difficultés à réguler le jeu pathologique et de leur aptitude à jouer sur un mode non problématique, pour à nouveau retomber dans le jeu d'argent pathologique.

L'apparition précoce du jeu d'argent pathologique est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Barnes et al. 2010 ; Tavares et al. 2003). Les individus qui commencent à jouer dans leur jeunesse le font souvent avec des membres de la famille ou des amis (Langhinrichsen-Rohling et al. 2004). L'apparition précoce du jeu pathologique semble être associée avec l'impulsivité et l'abus de substance (Slutske et al. 2005). De nombreux lycéens et étudiants qui développent un jeu d'argent pathologique voient le trouble disparaître au fil du temps, bien que cela reste pour certains un problème à long terme (Slutske et al. 2003). L'apparition du jeu d'argent pathologique à l'âge moyen et à l'âge mûr est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (Blanco et al. 2006 ; Tavares et al. 2003).

Il existe des variations du type de jeu et des taux de prévalence du jeu d'argent pathologique en fonction de l'âge et du sexe. Le jeu d'argent pathologique est plus courant chez les jeunes ou les personnes d'âge moyen que chez les adultes plus âgés (Gerstein et al. 1999 ; Kessler et al. 2008). Parmi les adolescents et les jeunes adultes, le trouble est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (Barnes et al. 2010). Les sujets plus jeunes préfèrent des formes différentes de jeu (p. ex. paris sportifs), alors que les adultes plus âgés sont plus à même de rencontrer des problèmes avec les machines à sous et les jeux de loterie (Petry 2003). Bien que la proportion d'individus qui cherchent à traiter leur jeu d'argent pathologique soit faible dans tous les groupes d'âges (Slutske 2006), les plus jeunes demandent très rarement un traitement.

Les hommes sont plus à même de commencer à jouer plus tôt dans la vie et ils sont plus jeunes que les femmes lorsqu'ils commencent à jouer, lesquelles sont davantage

susceptibles de commencer à jouer plus tard dans la vie et de développer le jeu d'argent pathologique sur une plus courte période (Tavares et al. 2003). Les femmes présentant un jeu d'argent pathologique sont plus à même que les hommes présentant un jeu d'argent pathologique d'avoir des troubles dépressifs, bipolaires et anxieux (Tavares et al. 2003). De même, les femmes ont un âge plus tardif de survenue du trouble et recherchent plus précocement un traitement (Tavares et al. 2003), bien que la proportion de sujets recherchant un traitement soit faible (< 10 %) parmi ceux qui présentent un jeu d'argent pathologique, quel que soit le sexe (Blanco et al. 2006 ; Slutske 2006).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Le jeu débutant dans l'enfance ou au début de l'adolescence est associé à des taux supérieurs de jeu d'argent pathologique (Burge et al. 2006). Le jeu d'argent pathologique semble aussi s'associer avec le trouble de la personnalité antisociale (Slutske et al. 2001), les troubles dépressifs et bipolaires (Potenza et al. 2005), les troubles de l'usage d'une autre substance (Kessler et al. 2008 ; Petry et al. 2005), en particulier les troubles liés à l'alcool (Slutske et al. 2000).

Génétiques et physiologiques. Le jeu d'argent pathologique peut se retrouver dans certaines familles, et cet effet semble lié à la fois aux facteurs génétiques et environnementaux. Les problèmes de jeu pathologique sont plus fréquents chez les jumeaux homozygotes que chez les jumeaux hétérozygotes (Eisen et al. 1998). Le jeu d'argent pathologique est aussi plus fréquent chez les apparentés de premier degré de sujets présentant un trouble de l'usage de l'alcool moyen à grave que dans la population générale (Slutske et al. 2000).

Facteurs modifiant le cours du trouble. De nombreux sujets, y compris des adolescents et de jeunes adultes, ont une chance de résoudre leurs difficultés de jeu d'argent pathologique avec le temps, bien qu'un facteur prédictif très important de problèmes de jeu d'argent pathologique demeure les antécédents de jeu d'argent (Slutske et al. 2003).

Questions diagnostiques liées à la culture

Des individus de cultures et races/ethnies particulières ont plus de probabilité de participer à certains types d'activités de jeu que d'autres (p. ex. le Pai Go Poker, les combats de coqs, le blackjack, les courses de chevaux). Les taux de prévalence du jeu d'argent pathologique sont plus élevés chez les Afro-Américains que chez les Américains d'origine européenne, avec des taux similaires entre Américains hispaniques et Américains européens (Alegria et al. 2009). Les populations indiennes d'Amérique du Nord ont des taux élevés de prévalence du jeu d'argent pathologique (Volberg et Abbott 1997 ; Wardman et al. 2001).

Questions diagnostiques liées au genre

Les hommes présentent des taux de jeu d'argent pathologique plus élevés que les femmes, bien que l'écart lié au sexe semble se réduire. Les hommes ont plus tendance à parier dans des jeux différents que les femmes ; les jeux de cartes, les paris sportifs, et les courses de chevaux sont plus fréquents chez les hommes, les machines à sous et les jeux de loterie plus courants chez les femmes (Petry 2003).

Retentissement fonctionnel du jeu d'argent pathologique

Les domaines psychosociaux et ceux de la santé physique et mentale semblent être dégradés par le jeu d'argent pathologique. En particulier, les sujets présentant un jeu

d'argent pathologique semblent, à cause de leur engagement dans le jeu, mettre en danger ou perdre des relations avec des membres de la famille ou des amis. De tels problèmes peuvent survenir de façon répétitive en mentant aux autres pour cacher l'étendue du jeu pathologique ou en demandant de l'argent afin de jouer ou pour rembourser des dettes de jeu. Le travail ou les activités éducatives peuvent de la même manière être défavorablement atteints par le jeu d'argent pathologique ; le jeu d'argent pathologique peut entraîner un absentéisme ou un travail de mauvaise qualité ou des performances scolaires insuffisantes, étant donné que les individus peuvent jouer durant les heures de travail ou d'école, ou sont préoccupés par le jeu ou ses conséquences délétères au lieu de travailler ou d'étudier. Les sujets présentant un jeu d'argent pathologique ont une santé générale de mauvaise qualité et utilisent fréquemment les services de santé (Morasco et al. 2006).

Diagnostic différentiel

Jeu d'argent non pathologique. Le jeu d'argent pathologique doit être distingué du jeu en société ou professionnel. Dans le jeu professionnel, les risques sont limités et la discipline est essentielle. Le jeu en société se déroule typiquement avec des amis ou des collègues et s'étend sur une période limitée dans le temps, avec des pertes acceptables. Certains sujets peuvent rencontrer des problèmes liés au jeu (p. ex. de courtes périodes de perte de contrôle et de jeu pour « se refaire ») sans remplir les critères complets du jeu d'argent pathologique.

Épisode maniaque. Une perte du jugement et un jeu d'argent excessif peuvent survenir durant un épisode maniaque. Un diagnostic additionnel de jeu d'argent pathologique ne doit être porté que si le comportement de jeu pathologique n'est pas clairement en rapport avec les épisodes maniaques (p. ex. une histoire de conduite de jeu d'argent inadapté à des périodes différentes de celle des épisodes maniaques). Sinon, un sujet présentant un jeu d'argent pathologique peut, durant une période de jeu pathologique, adopter un comportement qui ressemble à un épisode maniaque mais une fois qu'il est à distance du jeu pathologique, ces caractéristiques pseudo-maniaques disparaissent.

Autres pathologies médicales. Certains patients prenant des traitements dopaminergiques (p. ex. pour la maladie de Parkinson) peuvent faire l'expérience d'une impériosités à jouer. Si de tels symptômes s'estompent quand les traitements dopaminergiques sont interrompus ou réduits en termes de dose, alors un diagnostic de jeu d'argent pathologique n'est pas approprié.

Comorbidité

Le jeu d'argent pathologique est associé à une santé générale précaire (Morasco et Petry 2006 ; Morasco et al. 2006). De plus, certains diagnostics médicaux spécifiques, tels que la tachycardie et l'angor, sont plus fréquents chez les sujets présentant un jeu d'argent pathologique que dans la population générale, même quand des troubles de l'usage d'une autre substance sont contrôlés, y compris le trouble de l'usage de tabac (Morasco et al. 2006). Les individus présentant un jeu d'argent pathologique ont des taux élevés de comorbidité avec d'autres troubles mentaux, tels que les troubles de l'usage d'une substance, les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de personnalité (Kessler et al. 2008 ; Petry et al. 2005). Chez certains, d'autres troubles mentaux peuvent précéder un jeu d'argent pathologique et peuvent être présents ou non lors des manifestations de jeu d'argent pathologique. Le jeu d'argent pathologique peut également survenir avant l'apparition d'autres troubles mentaux, en particulier les troubles anxieux et les troubles de l'usage d'une substance (Kessler et al. 2008).

Références

Troubles liés à une substance et troubles addictifs

- Chen CY, Storr CL, Anthony JC: Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav* 34(3):319–322, 2009 19022584 10.1016/j.addbeh.2008.10.021
- Koob GF: The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction* 101(suppl 1):23–30, 2006 16930158
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD: Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 284(13):1689–1695, 2000 11015800
- Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS: What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 91(suppl):155–172, 1996 8997790
- Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, et al: A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proc Natl Acad Sci U S A* 108(7):2693–2698, 2011 21262822 10.1073/pnas.1010076108
- Schuckit MA, Smith TL, Heron J, et al: Testing a level of response to alcohol-based model of heavy drinking and alcohol problems in 1,905 17-year-olds. *Alcohol Clin Exp Res* 35(10):1897–1904, 2011 21762180 10.1111/j.1530-0277.2011.01536.x

Intoxication par une substance et sevrage

- O'Brien CP: Drug addiction, in Goodman & Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 12th Edition. Edited by Brunton L. New York, McGraw-Hill, 2011, pp 649–668

Troubles mentaux induits par une substance/un médicament

- Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS: Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry* 159(9):1600–1602, 2002 12202286
- Alia-Klein N, Parvaz MA, Woicik PA, et al: Gene x disease interaction on orbitofrontal gray matter in cocaine addiction. *Arch Gen Psychiatry* 68(3):283–294, 2011 21383264 10.1001/archgenpsychiatry.2011.10
- Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, et al: Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 152(1):45–52, 1995 7802119
- Caton CL, Drake RE, Hasin DS, et al: Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 62(2):137–145, 2005 15699290 10.1001/archpsyc.62.2.137
- Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, et al: Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Arch Gen Psychiatry* 59(12):1125–1132, 2002 12470129
- Gilder DA, Wall TL, Ehlers CL: Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dependence in southwest California Indians. *Alcohol Clin Exp Res* 28(12):1805–1813, 2004 15608596
- Hasin D, Liu X, Nunes E, et al: Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 59(4):375–380, 2002 11926938
- Hasin D, Samet S, Nunes E, et al: Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 163(4):689–696, 2006 16585445
- McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP: Development of psychiatric illness in drug abusers: possible role of drug preference. *N Engl J Med* 301(24):1310–1314, 1979 41182
- Nunes EV, Rounsaville BJ: Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. *Addiction* 101(suppl 1):89–96, 2006 16930164
- Nunes EV, Liu X, Samet S, et al: Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up. *J Clin Psychiatry* 67(10):1561–1567, 2006 17107247

- Nurnberger JI Jr, Wiegand R, Bucholz K, et al: A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Gen Psychiatry* 61(12):1246–1256, 2004 15583116 10.1001/archpsyc.61.12.1246
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 264(19):2511–2518, 1990 2232018
- Schuckit MA: Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 101(suppl 1):76–88, 2006a 16930163 10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x
- Schuckit MA: *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, 6th Edition, New York, 2006b, Springer
- Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al: Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 154(7):948–957, 1997 9210745
- Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, et al: A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *J Stud Alcohol Drugs* 68(6):805–812, 2007 17960298
- Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, et al: Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 105(6):1117–1128, 2010 20331554 10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x
- Van Reen E, Jenni OG, Carskadon MA: Effects of alcohol on sleep and the sleep electroencephalogram in healthy young women. *Alcoholism Clin Exp Res* 30(6):974–981, 2006 16737455

Trouble de l'usage de l'alcool

- Borges G, Ye Y, Bond J, et al: The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction* 105(2):240–254, 2010 20078482 10.1111/j.1360-0443.2009.02778.x
- Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield JB, et al: CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 26(3):332–339, 2002 11923585
- Dick DM, Bierut L, Hinrichs A, et al: The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. *Behav Genet* 36(4):577–590, 2006 16557364 10.1007/s10519-005-9041-8
- Eng MY, Luczak SE, Wall TL: ALDH2, ADH1B, and ADH1C genotypes in Asians: a literature review. *Alcohol Res Health* 30(1):22–27, 2007 17718397
- Gossop M, Moos R: Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction* 103(3):347–348, 2008 18205895 10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x
- Harford TC, Yi HY, Faden VB, Chen CM: The dimensionality of DSM-IV alcohol use disorders among adolescent and adult drinkers and symptom patterns by age, gender, and race/ethnicity. *Alcohol Clin Exp Res* 33(5):868–878, 2009 19320629 10.1111/j.1530-0277.2009.00910.x
- Hill SY, Steinhauser SR, Locke-Wellman J, Ulrich R: Childhood risk factors for young adult substance dependence outcome in offspring from multiplex alcohol dependence families: a prospective study. *Biol Psychiatry* 66(8):750–757, 2009 19640504
- Hintzen AK, Cramer J, Karagülle D, et al: Does alcohol craving decrease with increasing age? Results from a cross-sectional study. *J Stud Alcohol Drugs* 72(1):158–162, 2011 21138722
- Moos RJ, Moos BS: Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction* 101(2):212–222, 2006 16445550 10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x
- Niemelä O: Biomarkers in alcoholism. *Clin Chim Acta* 377(1–2):39–49, 2007 17045579 10.1016/j.cca.2006.08.035
- Nurnberger JI Jr, Bierut LJ: Seeking the connections: alcoholism and our genes. *Sci Am* 296(4):46–53, 2007 17479630
- Pleis JR, Ward BW, Lucas JW: Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2009. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 10 249:1–207, 2010 Tables 26 and 27
- Rehm J, Mathers C, Popova S, et al: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 373(9682):2223–2233, 2009 19560604 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
- Rumpf HJ, Bischof G, Hapke U, et al: Stability of remission from alcohol dependence without formal help. *Alcohol Alcohol* 41(3):311–314, 2006 16490790 10.1093/alcal/agl008
- Saha TD, Stinson FS, Grant BF: The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 89(1):82–92, 2007 17240085 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.003
- Sartor CE, Lynskey MT, Bucholz KK, et al: Timing of first alcohol use and alcohol dependence: evidence of common genetic influences. *Addiction* 104(9):1512–1518, 2009 19686520 10.1111/j.1360-0443.2009.02648.x

- Schuckit MA: Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 101(suppl 1):76–88, 2006a 16930163 10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x
- Schuckit MA: *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, 6th Edition, New York, Springer, 2006b
- Schuckit MA: Alcohol-use disorders. *Lancet* 373(9662):492–501, 2009a 19168210 10.1016/S0140-6736(09)60009-x
- Schuckit MA: An overview of genetic influences in alcoholism. *J Subst Abuse Treat* 36(1):S5–14, 2009b 19062348
- Schuckit MA: Ethanol and methanol. In Brunton L, Chabner B, Knollmann BC, editors: *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 12th Edition, New York, McGraw-Hill, 2011, pp 629–647
- Schuckit MA: Alcohol and alcoholism. In Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al, editors: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th Edition, New York, 2012, McGraw-Hill, pp 3446–3552
- Schuckit MA, Smith TL: Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men. *Drug Alcohol Depend* 113(1):21–28, 2011 20727682 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.017
- Schuckit MA, Smith TL, Heron J, et al: Testing a level of response to alcohol-based model of heavy drinking and alcohol problems in 1,905 17-year-olds. *Alcohol Clin Exp Res* 35(10):1897–1904, 2011 21762180 10.1111/j.1530-0277.2011.01536.x
- Tan EC, Lim L, Leong JY, et al: Alcohol and aldehyde dehydrogenase polymorphisms in Chinese and Indian populations. *Subst Use Misuse* 45(1–2):1–14, 2010 20025435 10.3109/10826080802490584
- Trim RS, Schuckit MA, Smith TL: The relationships of the level of response to alcohol and additional characteristics to alcohol use disorders across adulthood: a discrete-time survival analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 33(9):1562–1570, 2009 19485971 10.1111/j.1530-0277.2009.00984.x

Intoxication par l'alcool

- Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, et al: Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 32(12):2149–2160, 2008 18828796
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE: *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2008: Volume 1 Secondary School Students*. NIH Publ No 09-7402. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse, 2009
- Nelson EC, Heath AC, Bucholz KK, et al: Genetic epidemiology of alcohol-induced blackouts. *Arch Gen Psychiatry* 61(3):257–263, 2004 14993113

Sevrage de l'alcool

- Sannibale C, Fucito L, O'Connor D, Curry K: Process evaluation of an out-patient detoxification service. *Drug Alcohol Rev* 24(6):475–481, 2005 16361203
- Schuckit MA: Alcohol-use disorders. *Lancet* 373(9662):492–501, 2009 19168210

Autres troubles induits par l'alcool

- Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, et al: Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 152(1):45–52, 1995 7802119
- Caton CL, Drake RE, Hasin DS, et al: Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 62(2):137–145, 2005 15699290 10.1001/archpsyc.62.2.137
- Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, et al: Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Arch Gen Psychiatry* 59(12):1125–1132, 2002 12470129
- Gilder DA, Wall TL, Ehlers CL: Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dependence in southwest California Indians. *Alcohol Clin Exp Res* 28(12):1805–1813, 2004 15608596
- Schuckit MA: Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 101(suppl 1):76–88, 2006 16930163 10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x
- Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al: Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 154(7):948–957, 1997 9210745

Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, et al: Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 105(6):1117–1128, 2010 20331554 10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x

Intoxication par la caféine

- Hughes JR, Oliveto AH, Liguori A, et al: Endorsement of DSM-IV dependence criteria among caffeine users. *Drug Alcohol Depend* 52(2):99–107, 1998 9800139
- Juliano LM, Griffiths RR: A critical review of caffeine withdrawal: empirical validation of symptoms and signs, incidence, severity, and associated features. *Psychopharmacology (Berl)* 176(1):1–29, 2004 15448977
- Juliano LM, Griffiths RR: Caffeine-related disorders. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition, Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 1296–1308
- Kendler KS, Myers J, O Gardner C: Caffeine intake, toxicity and dependence and lifetime risk for psychiatric and substance use disorders: an epidemiologic and co-twin control analysis. *Psychol Med* 36(12):1717–1725, 2006 16893482
- Lai MW, Klein-Schwartz W, Rodgers GC, et al: 2005 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' national poisoning and exposure database. *Clin Toxicol* 44(6-7):803–932, 2006 17015284
- McCarthy DM, Mycyk MB, DesLauriers CA: Hospitalization for caffeine abuse is associated with abuse of other pharmaceutical products. *Am J Emerg Med* 26(7):799–802, 2008 18774047
- Reissig CJ, Strain EC, Griffiths RR: Caffeinated energy drinks—a growing problem. *Drug Alcohol Depend* 99(1-3):1–10, 2009 18809264
- Walsh MJ, Marquardt KA, Albertson TE: Adverse effects from the ingestion of Redline energy drinks. *Clin Toxicol* 44:642, 2006

Sevrage de la caféine

- Griffiths RR, Bigelow GE, Liebson IA: Human coffee drinking: reinforcing and physical dependence producing effects of caffeine. *J Pharmacol Exp Ther* 239(2):416–425, 1986 3772801
- Hughes JR, Oliveto AH, Bickel WK, et al: Caffeine self-administration and withdrawal: incidence, individual differences and interrelationships. *Drug Alcohol Depend* 32(3):239–246, 1993 8348875
- Hughes JR, Oliveto AH, Liguori A, et al: Endorsement of DSM-IV dependence criteria among caffeine users. *Drug Alcohol Depend* 52(2):99–107, 1998 9800139
- James JE: *Understanding Caffeine*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1997
- Juliano LM, Griffiths RR: A critical review of caffeine withdrawal: empirical validation of symptoms and signs, incidence, severity, and associated features. *Psychopharmacology (Berl)* 176(1):1–29, 2004 15448977
- Juliano LM, Griffiths RR: Caffeine-related disorders. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition, Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 1296–1308
- Kendler KS, Prescott CA: Caffeine intake, tolerance, and withdrawal in women: a population-based twin study. *Am J Psychiatry* 156(2):223–228, 1999 9989558
- Kendler KS, Myers JO, Gardner C: Caffeine intake, toxicity and dependence and lifetime risk for psychiatric and substance use disorders: an epidemiologic and co-twin control analysis. *Psychol Med* 36(12):1717–1725, 2006 16893482
- Strain EC, Mumford GK, Silverman K, Griffiths RR: Caffeine dependence syndrome: evidence from case histories and experimental evaluations. *JAMA* 272(13):1043–1048, 1994 8089887

Trouble de l'usage du cannabis

- Agrawal A, Lynskey MT: Candidate genes for cannabis use disorders: findings, challenges and directions. *Addiction* 104(4):518–532, 2009 19335651
- Anthony JC: *The epidemiology of cannabis dependence Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Edited by Roffman RA, Stephens RS. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2006, pp 58–95

- Budney AJ: Are specific dependence criteria necessary for different substances: how can research on cannabis inform this issue? *Addiction* 101(suppl 1):125–133, 2006 16930169
- Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R: Review of the validity and significance of the cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry* 161(11):1967–1977, 2004 15514394
- Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, et al: Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: severity and contribution to relapse. *J Subst Abuse Treat* 35(4):362–368, 2008 18342479
- Budney A, Vandrey R, Fearer SA: Cannabis (marijuana). In Ruiz P, Strain E, editors: *Lowenson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 5th Edition, Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 214–237
- Compton WM, Grant BF, Colliver JD, et al: Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. *JAMA* 291(17):2114–2121, 2004 15126440
- de Graaf R, Radovanovic M, van Laar M, et al: Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: epidemiologic evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Am J Epidemiol* 172(2):149–159, 2010 20534820
- Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al: Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 5(7):e141, 2008 18597549
- Degenhardt L, Dierker L, Chiu WT, et al: Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend* 108(1–2):84–97, 2010 20060657
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ: Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 101(4):556–569, 2006 16548935
- Grant I, Gonzalez R, Carey CL, et al: Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *J Int Neuropsychol Soc* 9(5):679–689, 2003 12901774
- Hall W, Degenhardt L: Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Curr Opin Psychiatry* 20(4):393–397, 2007 17551355
- Iacono WG, Malone SM, McGue M: Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: common and specific influences. *Annu Rev Clin Psychol* 4:325–348, 2008 18370620
- Levin KH, Copersino ML, Heishman SJ, et al: Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adult cannabis smokers. *Drug Alcohol Depend* 111(1–2):120–127, 2010 20510550
- Lichtman AH, Martin BR: Cannabinoid tolerance and dependence. in *Handbook of Experimental Pharmacology: Cannabinoids*. Edited by Pertwee RG. Berlin, Springer-Verlag, 2005, pp 691–717
- Lynskey MT, Hall W: The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* 95(11):1621–1630, 2000 11219366
- Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, et al: Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA* 289(4):427–433, 2003 12533121
- Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, et al: Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Sci* 55(5):1209–1217, 2010 20487147 10.1111/j.1556-4029.2010.01441.x
- Roffman R, Stephens R, editors: *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences, and Treatment*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2006
- Seely KA, Prather PL, James LP, Moran JH: Marijuana-based drugs: innovative therapeutics or designer drugs of abuse? *Mol Interv* 11(1):36–51, 2011 21441120
- Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF: Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med* 36(10):1447–1460, 2006 16854249
- Tanda G, Goldberg SR: Cannabinoids: reward, dependence, and underlying neurochemical mechanisms—a review of recent preclinical data. *Psychopharmacology (Berl)* 169(2):115–134, 2003 12827346
- Tashkin DP, Baldwin GC, Sarafian T, et al: Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. *J Clin Pharmacol* 42(11 suppl):71S–81S, 2002 12412839
- Vandrey R, Mintzer MZ: Performance and cognitive alterations. In Cohen L, Collins FL, Young AM, et al, editors: *The Pharmacology and Treatment of Substance Abuse: An Evidence-Based Approach*, Mahwah, NJ, Erlbaum, 2009, pp 41–62

Intoxication par le cannabis

Schuckit MA: *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, 6th Edition, New York, Springer, 2005, pp 192–209

Sevrage du cannabis

- Agrawal A, Pergadia ML, Lynskey MT: Is there evidence for symptoms of cannabis withdrawal in the national epidemiologic survey of alcohol and related conditions? *Am J Addict* 17(3):199–208, 2008 18463997
- Allsop DJ, Norberg MM, Copeland J, et al: The Cannabis Withdrawal Scale development: patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress. *Drug Alcohol Depend* 119(1–2):123–129, 2011 21724338
- Budney AJ, Hughes JR: The cannabis withdrawal syndrome. *Curr Opin Psychiatry* 19(3):233–238, 2006 16612207
- Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey RA: Review of the validity and significance of the cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry* 161(11):1967–1977, 2004 15514394
- Budney A, Moore BA, Vandrey R: Health consequences of marijuana use in *Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse*. Edited by Brick J. Philadelphia, PA, Haworth Press/Taylor & Francis, 2008, pp 251–282
- Chung T, Martin CS, Cornelius JR, Clark DB: Cannabis withdrawal predicts severity of cannabis involvement at 1-year follow-up among treated adolescents. *Addiction* 103(5):787–799, 2008 18412757
- Copersino ML, Boyd SJ, Tashkin DP, et al: Cannabis withdrawal among non-treatment-seeking adult cannabis users. *Am J Addict* 15(1):8–14, 2006 16449088
- Cornelius JR, Chung T, Martin C, et al: Cannabis withdrawal is common among treatment-seeking adolescents with cannabis dependence and major depression, and is associated with rapid relapse to dependence. *Addict Behav* 33(11):1500–1505, 2008 18313860
- Hasin DS, Keyes KM, Alderson D, et al: Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC. *J Clin Psychiatry* 69(9):1354–1363, 2008 19012815
- Levin KH, Copersino ML, Heishman SJ, et al: Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adult cannabis smokers. *Drug Alcohol Depend* 111(1–2):120–127, 2010 20510550

Trouble de l'usage de la phencyclidine

- Aan Het Rot M, Zarate CA Jr, Charney DS, Mathew SJ: Ketamine for depression: where do we go from here? *Biol Psychiatry* 72(7):537–547, 2012 22705040
- Baldrige EB, Bessen HA: Phencyclidine. *Emerg Med Clin North Am* 8(3):541–550, 1990 22011519
- Hanson GR, Venturelli PJ, Fleckenstein AE: *Drugs and Society*, 11th Edition, Burlington, MA, Jones & Bartlett Learning, 2012, pp 368–371
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE: Monitoring the Future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2011. Ann Arbor, Institute for Social Research, The University of Michigan, 2012
- Luscher C: *Drugs of abuse*. In Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, editors: *Basic and Clinical Pharmacology*, 11th Edition, Chicago, IL, McGraw-Hill Medical, 2009, pp 553–558
- Martin PR: Substance-related disorders. In Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF, editors: *Current Diagnosis and Treatment: Psychiatry*, 2nd Edition, New York, McGraw-Hill Medical, 2008, pp 230–260
- O'Brien CP: Drug addiction. In Brunton L, Chabner B, Knollman B, editors: *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 12th Edition, New York, McGraw-Hill Professional, 2011, pp 649–668
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Office of Applied Studies: Characteristics of primary phencyclidine (PCP) admissions, 2001. The DASIS Report, May 7, 2004
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) series. 2009 and 2010. Available at: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/SAMHDA/series/64>. Accessed September 20, 2012
- Thombs DL: A review of PCP abuse trends and perceptions. *Public Health Rep* 104(4):325–328, 1989 2502802
- Wu LT, Schlenger WE, Galvin DM: Concurrent use of methamphetamine, MDMA, LSD, ketamine, GHB, and flunitrazepam among American youths. *Drug Alcohol Depend* 84(1):102–113, 2006 16483730

Trouble de l'usage d'un autre hallucinogène

- Chung T, Martin CS: Classification and short-term course of DSM-IV cannabis, hallucinogen, cocaine, and opioid disorders in treated adolescents. *J Consult Clin Psychol* 73(6):995–1004, 2005 16392973

- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677–685, 2005 15960559
- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):566–576, 2007 17485608
- Cottler LB, Womack SB, Compton WM, Ben-Abdallah A: Ecstasy abuse and dependence among adolescents and young adults: applicability and reliability of DSM-IV criteria. *Hum Psychopharmacol* 16(8):599–606, 2001 12404539
- Cottler LB, Leung KS, Abdallah AB: Test-re-test reliability of DSM-IV adopted criteria for 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) abuse and dependence: a cross-national study. *Addiction* 104(10):1670–1690, 2009 19681802
- El-Mallakh RS, Halpern JH, Abraham HD: Substance abuse: hallucinogen- and MDMA-related disorders. In Tasman A, Kay J, Lieberman JA, et al, editors: *Psychiatry*, 3rd Edition, London, Wiley, 2008, pp 1100–1126
- Gouzoulis-Mayfrank E, Daumann J: Neurotoxicity of drugs of abuse—the case of methylenedioxyamphetamines (MDMA, ecstasy) and amphetamines. *Dialogues Clin Neurosci* 11(3):305–317, 2009 19877498
- Halpern JH: Hallucinogens: an update. *Curr Psychiatry Rep* 5(5):347–354, 2003 13678554
- Halpern JH, Sherwood AR, Hudson JL, et al: Psychological and cognitive effects of long-term peyote use among Native Americans. *Biol Psychiatry* 58(8):624–631, 2005 16271313
- Kendler KS, Karkowski LM, Neale MC, Prescott CA: Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse and dependence in a US population-based sample of male twins. *Arch Gen Psychiatry* 57(3):261–269, 2000 10711912
- Kerridge BT, Saha TD, Smith S, et al: Dimensionality of hallucinogen and inhalant/solvent abuse and dependence criteria: implications for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. *Addict Behav* 36(9):912–918, 2011 21621334 doi:10.1016/j.addbeh.2011.04.006
- Martins SS, Storr CL, Alexandre PK, Chilcoat HD: Adolescent ecstasy and other drug use in the National Survey of Parents and Youth: the role of sensation-seeking, parental monitoring and peer's drug use. *Addict Behav* 33(7):919–933, 2008 18355973
- Passie T, Halpern JH, Stichtenoth DO, et al: The pharmacology of lysergic acid diethylamide: a review. *CNS Neurosci Ther* 14(4):295–314, 2008 19040555
- Perron BE, Ahmedani BK, Vaughn MG, et al: Use of *Salvia divinorum* in a nationally representative sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 38(1):108–113, 2012 21834614 10.3109/00952990.2011.600397
- Salomon RM, Karageorgiou J, Dietrich MS, et al: MDMA (Ecstasy) association with impaired fMRI BOLD thalamic coherence and functional connectivity. *Drug Alcohol Depend* 120(1-3):41–47, 2011 21807471 10.1016/j.drugalcdep.2011.06.022
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Results From the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-41, HHS Publication No (SMA) 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, September 2011. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10Results/Web/HTML/2-k10Results.htm>. Accessed March 20, 2012
- Tsuang MT, Lyons MJ, Meyer JM, et al: Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry* 55(11):967–972, 1998 9819064
- Wu LT, Ringwalt CL, Mannelli P, Patkar AA: Hallucinogen use disorders among adult users of MDMA and other hallucinogens. *Am J Addict* 17(5):354–363, 2008 18770077
- Wu LT, Parrott AC, Ringwalt CL, et al: The high prevalence of substance use disorders among recent MDMA users compared with other drug users: implications for intervention. *Addict Behav* 34(8):654–661, 2009a 19361931
- Wu LT, Ringwalt CL, Weiss RD, Blazer DG: Hallucinogen-related disorders in a national sample of adolescents: the influence of ecstasy/MDMA use. *Drug Alcohol Depend* 104(1-2):156–166, 2009b 19500920
- Wu LT, Parrott AC, Ringwalt CL, et al: The variety of ecstasy/MDMA users: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Am J Addict* 18(6):452–461, 2009c 19874166
- Wu LT, Pan JJ, Yang C, et al: An item response theory analysis of DSM-IV criteria for hallucinogen abuse and dependence in adolescents. *Addict Behav* 35(3):273–277, 2010 19896773
- Wu P, Liu X, Fan B: Factors associated with initiation of ecstasy use among US adolescents: findings from a national survey. *Drug Alcohol Depend* 106(2-3):193–198, 2010 19781862
- Zimmerman P, Wittchen HU, Waszak F, et al: Pathways into ecstasy use: the role of prior cannabis use and ecstasy availability. *Drug Alcohol Depend* 79(3):331–341, 2005 15913921

Intoxication par la phencyclidine

- Baldridge EB, Bessen HA: Phencyclidine. *Emerg Med Clin North Am* 8(3):541–550, 1990 22011519
- Bey T, Patel A: Phencyclidine intoxication and adverse effects: a clinical and pharmacological review of an illicit drug. *Cal J Emerg Med* 8(1):9–14, 2007 20440387
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE: Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: overview of key findings, 2011, Ann Arbor, Institute for Social Research, The University of Michigan, 2012
- McCarron MM, Schulze BW, Thompson GA, et al: Acute phencyclidine intoxication: clinical patterns, complications, and treatment. *Ann Emerg Med* 10(6):290–297, 1981a 7235337
- McCarron MM, Schulze BW, Thompson GA, et al: Acute phencyclidine intoxication: incidence of clinical findings in 1,000 cases. *Ann Emerg Med* 10(5):237–242, 1981b 7242471
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) series. 2009 and 2010. Available at: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/SAMHDA/series/64>. Accessed September 20, 2012

Intoxication par un autre hallucinogène

- de Win MM, Jager G, Booij J, et al: Neurotoxic effects of ecstasy on the thalamus. *Br J Psychiatry* 193(4):289–296, 2008 18827290
- El-Mallakh RS, Halpern JH, Abraham HD: Substance abuse: hallucinogen- and MDMA-related disorders. In Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editors: *Psychiatry*, 3rd Edition, London, Wiley, 2008, pp 1100–1126
- Halpern JH: Hallucinogens: an update. *Curr Psychiatry Rep* 5(5):347–354, 2003 13678554
- Martin PR: Substance-related disorders. In Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF, editors: *Current Diagnosis and Treatment: Psychiatry*, 2nd Edition, New York, McGraw-Hill Medical, 2008, pp 230–260
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. NSDUH Series H-41, HHS Publ No (SMA) 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10Results/Web/HTML/2k10Results.htm>. Accessed March 20, 2012

Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes

- Abraham HD: Visual phenomenology of the LSD flashback. *Arch Gen Psychiatry* 40(8):884–889, 1983 6135405
- Baggott MJ, Coyle JR, Erowid E, et al: Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: a Web-based questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 114(1):61–67, 2011 21035275
- El-Mallakh RS, Halpern JH, Abraham HD: Substance abuse: hallucinogen- and MDMA- related disorders. In Tasman A, Kay J, Lieberman JA, et al, editors: *Psychiatry*, 3rd Edition, London, Wiley, 2008, pp 1100–1126
- Halpern JH, Pope HG Jr: Hallucinogen persisting perception disorder: what do we know after 50 years? *Drug Alcohol Depend* 69(2):109–119, 2003 12609692

Trouble de l'usage des substances inhalées

- Botnick MR, Heath KV, Cornelisse PG, et al: Correlates of suicide attempts in an open cohort of young men who have sex with men. *Can J Public Health* 93(1):59–62, 2002 11925703
- Cairney S, Dingwall K: The mysterious practice of petrol sniffing in isolated indigenous communities. *J Paediatr Child Health* 46(9):510–515, 2010 20854322 10.1111/j.1440-1754.2010.01850.x
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV anti-social personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677–685, 2005 15960559
- Han B, Gfroerer JC, Collier JD: Associations between duration of illicit drug use and health conditions: results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. *Ann Epidemiol* 20(4):289–297, 2010 20171900

- Howard MO, Perron BE, Sacco P, et al: Suicide ideation and attempts among inhalant users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Suicide Life Threat Behav* 40(3):276–286, 2010 20560749
- Iacono WG, Malone SM, McGue M: Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: common and specific influences. *Ann Rev Clin Psychol* 4:325–348, 2008 18370620
- Marsolek MR, White NC, Litovitz TL: Inhalant abuse: monitoring trends by using poison control data. *Pediatrics* 125(5):906–913, 2010 20403928
- Mitchell CM, Beals J, Novins DK, et al: Drug use among two American Indian populations: prevalence of lifetime use and DSM-IV substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 69(1):29–41, 2003 12536064
- Miyata H, Kono J, Ushijima S, et al: Clinical features of nicotine dependence compared with those of alcohol, methamphetamine, and inhalant dependence. *Ann N Y Acad Sci* 1025:481–488, 2004 155427452
- Perron BE, Howard MO: Adolescent inhalant use, abuse and dependence. *Addiction* 104(7):1185–1192, 2009 19426292
- Perron B, Howard MO, Maitra S, Vaughn MG: Prevalence, timing, and predictors of transitions from inhalant use to inhalant use disorders. *Drug Alcohol Depend* 100(3):277–284, 2009 19091490
- Pfeiffer H, Al Khaddam M, Brinkmann B, et al: Sudden death after isobutane sniffing: a report of two forensic cases. *Int J Legal Med* 120(3):168–173, 2006 16369848
- Ridenour TA, Bray BC, Cottler LB: Reliability of use, abuse, and dependence of four types of inhalants in adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 91(1):40–49, 2007 17576041
- Sakai JT, Crowley TJ: Inhalant-related disorders. 9th Edition, Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 2009, pp 1341–1352
- Seth R, Kotwal A, Ganguly KK: Street and working children of Delhi, India, misusing toluene: an ethnographic exploration. *Subst Use Misuse* 40(11):1659–1679, 2005 16253933
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies: Inhalant use across the adolescent years. The NSDUH Report, March 13, 2008. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/2k8/inhalants/inhalants.htm>. Accessed June 15, 2012
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies: Table 9 in Prevalence of Substance Use Disorders by Sex and Race-Ethnicity (12-17 year olds): 2009 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality: 2010 National Survey on Drug Use and Health: Table 5.2B Substance dependence or abuse for specific substances in the past year, by age group: percentages 2009-2010. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Available at: <http://oas.samhsa.gov/2K10NSDUH/tabs/Sect5peTabs1to56.htm#tab5.2B>. Accessed June 15, 2012
- Wu LT, Pilowsky DJ, Schlenger WE: Inhalant abuse and dependence among adolescents in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(10):1206–1214, 2004 15381887
- Wu LT, Howard MO, Pilowsky DJ: Substance use disorders among inhalant users: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addict Behav* 33(7):968–973, 2008 18403132

Intoxication par des substances inhalées

- Marsolek MR, White NC, Litvitz TL: Inhalant abuse: monitoring trends by using poison control data, 1993-2008. *Pediatrics* 125(5):906–913, 2010 20403928
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. NSDUH Series H-41, HHS Publ No (SMA) 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011a
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality: 2010 National Survey on Drug Use and Health: Table 1.45B Inhalant use in lifetime, past year, and past month among persons aged 12 to 17, by demographic characteristics: percentages, 2009 and 2010, and Table 1.46B Inhalant use in lifetime, past year, and past month among persons aged 18 to 25, by demographic characteristics: percentages, 2009 and 2010. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011b. Available at: <http://oas.samhsa.gov/2K10NSDUH/tabs/Sect1peTabs1to46.htm#tab1.45B> and <http://oas.samhsa.gov/2K10NSDUH/tabs/Sect1peTabs1to46.htm#tab1.46B> Accessed June 15, 2012

Trouble de l'usage des opiacés

- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV anti-social personality syndromes and alcohol and specific substance use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677–685, 2005 15960559
- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):566–576, 2007 17485608
- Compton WM, Dawson D, Duffy SQ, Grant BF: The effect of inmate populations on estimates of DSM-IV alcohol and drug use disorders in the United States. *Am J Psychiatry* 167(4):473–475, 2010 20360330
- Conway KP, Compton WM, Stinson FS, Grant BF: Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67(2):247–257, 2006 16566620
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Opioid use and drug injection, in Annual Report 2010 The States of the Drugs Problem in Europe. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, November 2010. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/opioids>. Accessed April 15, 2012
- Fatseas M, Denis C, Massida Z, et al: Cue-induced reactivity, cortisol response and substance use outcome in treated heroin dependent individuals. *Biol Psychiatry* 70(8):720–727, 2011a 21741031
- Fatseas M, Denis C, Serre F, et al: Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. *AIDS Behav* 16(7):2082–2090, 2011b 21983799
- Hser YI, Huang D, Chou CP, Anglin MD: Trajectories of heroin addiction: growth mixture modeling results based on a 33-year follow-up study. *Eval Rev* 31(6):548–563, 2007 17986707
- Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC: Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry* 160(4):687–695, 2003 12668357
- Price RK, Risk NK, Spitznagel EL: Remission from drug abuse over a 25-year period: patterns of remission and treatment use. *Am J Public Health* 91(7):1107–1113, 2001 11441739
- Price RK, Risk NK, Haden AH, et al: Post-traumatic stress disorder, drug dependence, and suicidality among male Vietnam veterans with a history of heavy drug use. *Drug Alcohol Depend* 76(suppl):S31–43, 2004 15555815
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality: 2010 National Survey on Drug Use and Health: Table 5.2B Substance dependence or abuse for specific substances in the past year, by age group: percentages 2009–2010. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Available at: <http://oas.samhsa.gov/2K10/NSDUH/tabs/Sect5peTabs1to56.htm#tab5.2B>. Accessed June 15, 2012
- Tsuang MT, Lyons MJ, Meyer JM, et al: Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry* 55(11):967–972, 1998 9819064
- Wu LT, Pan JJ, Blazer DG, et al: The construct and measurement equivalence of cocaine and opioid dependences: a National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network (CTN) study. *Drug Alcohol Depend* 103(3):114–123, 2009 19423244

Intoxication par un opiacé

- Boyer EW: Management of opioid analgesic overdose. *N Engl J Med* 367(2):146–155, 2012 22784117

Sevrage d'un opiacé.

- Hasin DS, Fenton MC, Beseler C, et al: Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders, 2: proposed DSM-5 criteria for alcohol, cannabis, cocaine and heroin disorders in 663 substance abuse patients. *Drug Alcohol Depend* 122(1–2):28–37, 2012 21963333
- Koob GF: Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropsychopharmacology* 56(suppl 1):18–31, 2009 18725236

Trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

- Becker WC, Fiellin DA, Desai RA: Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: psychiatric and socio-demographic correlates. *Drug Alcohol Depend* 90(2-3):280-287, 2007 17544227
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV anti-social personality syndromes and alcohol and specific substance use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677-685, 2005 15960559
- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):566-576, 2007 17485608
- Conway KP, Compton WM, Stinson FS, Grant BF: Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67(2):247-257, 2006 16566620
- Gillespie NA, Neale MC, Prescott CA, et al: Factor and item-response analysis DSM-IV criteria for abuse of and dependence on cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants and opioids. *Addiction* 102(6):920-930, 2007 17523987
- Iguchi MY, Handelsman L, Bickel WK, Griffiths RR: Benzodiazepine and sedative use/abuse by methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend* 32(3):257-266, 1993 8102331
- Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC: Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry* 160(4):687-695, 2003 12668357
- Licata SC, Rowlett JK: Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA(A) receptor modulation and beyond. *Pharmacol Biochem Behav* 90(1):74-89, 2008 18295321
- McCabe SE, West BT, Morales M, et al: Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study. *Addiction* 102(12):1920-1930, 2007 17916222
- McCabe SE, Cranford JA, West BT: Trends in prescription drug abuse and dependence: co-occurrence with other substance use disorders, and treatment utilization: results from two national surveys. *Addict Behav* 33(10):1297-1305, 2008 18632211
- O'Brien CP: Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry* 66(suppl 2):28-33, 2005 15762817
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-41, HHS Publ No (SMA) 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k10nsduh/2k10results.htm>
- Tsuang MT, Lyons MJ, Meyer JM, et al: Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry* 55(11):967-972, 1998 9819064

Intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

- Licata SC, Rowlett JK: Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA(A) receptor modulation and beyond. *Pharmacol Biochem Behav* 90(1):74-89, 2008 18295321
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. NSDUH Series H-41, HHS Publ No (SMA) 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011

Sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

- Licata SC, Rowlett JK: Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA(A) receptor modulation and beyond. *Pharmacol Biochem Behav* 90(1):74-89, 2008 18295321
- O'Brien CP: Benzodiazepine use, abuse and dependence. *J Clin Psychiatry* 66(suppl 2):28-33, 2005 15762817

Trouble de l'usage des stimulants

- Blanco C, Harford TC, Nunes E, et al: The latent structure of marijuana and cocaine use disorders: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). *Drug Alcohol Depend* 91(1):91–96, 2007 17512682
- Chang A, Osterloh J, Thomas J: Levamisole: a dangerous new cocaine adulterant. *Clin Pharmacol Ther* 88(3):408–411, 2010 20668440
- Cruickshank CC, Dyer KR: A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction* 104(7):1085–1099, 2009 19426289
- Darke S, Kaye S, McKetin R, Duflou J: Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev* 27(3):253–262, 2008 18368606
- Delaney-Black V, Chiodo LM, Hannigan JH, et al: Prenatal and postnatal cocaine exposure predict teen cocaine use. *Neurotoxicol Teratol* 33(1):110–119, 2011 20609384
- Hendrickson RG, Cloutier R, McConnell KJ: Methamphetamine-related emergency department utilization and cost. *Acad Emerg Med* 15(1):23–31, 2008 18211309
- Hser YI, Evans E, Huang D, et al: Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addict Behav* 33(12):1581–1589, 2008 18790574
- Khalsa ME, Tashkin DP, Perrochet B: Smoked cocaine: patterns of use and pulmonary consequences. *J Psychoactive Drugs* 24(3):265–272, 1992 1432405
- Lange RA, Hillis LD: Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med* 345(5):351–358, 2001 11484693
- Levin KH, Herning RI, Better WE, et al: EEG absolute power during extended cocaine abstinence. *J Addict Med* 1(3):139–144, 2007 21768949
- Marinetti LJ: Observations regarding levamisole in the cocaine supply. *Ann Intern Med*, Jan 29 2009
- McGregor C, Srisurapanont M, Jittiwutikarn J, et al: The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal. *Addiction* 100(9):1320–1329, 2005 16128721
- Mooney LJ, Glasner-Edwards S, Marinelli-Casey P, et al: Health conditions in methamphetamine-dependent adults 3 years after treatment. *J Addict Med* 3(3):155–163, 2009 21769012
- Newton TF, Kalechstein AD, Duran S, et al: Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings. *Am J Addict* 13(3):248–255, 2004 15370944
- Poling J, Kosten TR, Sofuoglu M: Treatment outcome predictors for cocaine dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 33(2):191–206, 2007 17497542
- Ren S, Tong W, Lai A, et al: Effect of long-term cocaine use on regional left ventricular function as determined by magnetic resonance imaging. *Am J Cardiol* 97(7):1085–1088, 2006 16563922
- Russell K, Dryden DM, Liang Y, et al: Risk factors for methamphetamine use in youth: a systematic review. *BMC Pediatr* 8:48, 2008
- Schmidt L, Room R: Cross-cultural applicability in international classifications and research on alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 60(4):448–462, 1999 10463800
- Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA: Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation* 122(24):2558–2569, 2010 21156654
- Scott JC, Woods SP, Matt GE, et al: Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 17(3):275–297, 2007 17694436
- Shetty VS, Mooney LJ, Zigler CM, et al: The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *J Am Dent Assoc* 141(3):307–318, 2010 20194387
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies: Primary methamphetamine/amphetamine admissions to substance abuse treatment: 2005. The DASIS Report. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, February 7, 2008. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/2k8/methamphetamineTX/meth.htm>. Accessed September 2012
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies: Trends in methamphetamine admissions to treatment: 1997-2007. The TEDS Report. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, October 1, 2009. Available at: http://www.samhsa.gov/data/2k9/209MethTrends2k9_web.pdf. Accessed September 2012
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality: Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. NSDUH Series H-41, HHS Publ No SMA 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, September 2011. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k10nsduh/2k10results.htm>. Accessed September 2012

- Wang GJ, Volkow ND, Chang L, et al: Partial recovery of brain metabolism in methamphetamine abusers after protracted abstinence. *Am J Psychiatry* 161(2):242–248, 2004 14754772
- Wilens TE, Adler LA, Adams J, et al: Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(1):21–31, 2008 18174822
- Wu LT, Pan JJ, Blazer DG, et al: The construct and measurement equivalence of cocaine and opioid dependences: a National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network (CTN) study. *Drug Alcohol Depend* 103(3):114–123, 2009 19423244
- Wu LT, Pan JJ, Blazer DG, et al: Using a latent variable approach to inform gender and racial/ethnic differences in cocaine dependence: a National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *J Subst Abuse Treat* 38(suppl 1):S70–S79, 2010 20307798

Intoxication par un stimulant

- Ahmadi J, Kampman K, Dackis C, et al: Cocaine withdrawal symptoms identify “Type B” cocaine-dependent patients. *Am J Addict* 17(1):60–64, 2008 18214724
- Ahmadi J, Kampman KM, Oslin DM, et al: Predictors of treatment outcome in outpatient cocaine and alcohol dependence treatment. *Am J Addict* 18(1):81–86, 2009 19219669
- McGregor C, Srisurapanont M, Jittiwutikarn J, et al: The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal. *Addiction* 100(9):1320–1329, 2005 16128721

Sevrage d'un stimulant

- Baker TB, Breslau N, Covey L, Shiffman S: DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco withdrawal: a critique and proposed revisions for DSM-5. *Addiction* 107(2):263–275, 2012 21919989 10.1111/j.1360-0443.2011.03657.x
- Centers for Disease Control and Prevention: Vital signs: current cigarette smoking among adults aged (18 years—United States, 2005–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 60(35):1207–1211, 2011 21900875
- DiFranza JR: Hooked from the first cigarette. *Sci Am* 298(5):82–87, 2008 18444329
- Giovino GA: The tobacco epidemic in the United States. *Am J Prev Med* 33(6 suppl):S318–S326, 2007 18021906
- Grant BF, Hasin DS, Chou SP, et al: Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(11):1107–1115, 2004 15520358
- Hughes JR: The effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res* 9(3):315–327, 2007 17365764
- Hughes JR, Keely J, Naud S: Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 99(1):29–38, 2004 14678060
- Hughes JR, Helzer JE, Lindberg SA: Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend* 85(2):91–102, 2006 16704909
- Kroon LA: Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm* 64(18):1917–1921, 2007 17823102
- Mickens L, Ameringer K, Brightman M, Leventhal AM: Epidemiology, determinants, and consequences of cigarette smoking in African American women: an integrative review. *Addict Behav* 35(5):383–391, 2010 20061090
- Munafò M, Clark T, Johnstone E, et al: The genetic basis for smoking behavior: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 6(4):583–597, 2004 15370155
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health: The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, May 27, 2004. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm. Accessed September 2012.
- Piper ME, McCarthy DE, Baker TB: Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res* 8(3):339–351, 2006 16801292
- Shields P: Long-term nicotine replacement therapy: cancer risk in context. *Cancer Prev Res* 4(11):1719–1723, 2011 22052338
- Shiffman S, Hughes JR, Pillitteri JL, Burton SL: Persistent use of nicotine replacement therapy: an analysis of actual purchase patterns in a population-based sample. *Tob Control* 12(3):310–316, 2003 12958394

- Shmulewitz D, Keyes KM, Wall MM, et al: Nicotine dependence, abuse and craving: dimensionality in an Israeli sample. *Addiction* 106(9):1675–1686, 2011 21545668 10.1111/j.1360-0443.2011.03484.x
- SRNT Subcommittee on Biochemical Verification: Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res* 4(2):149–159, 2002 12028847
- Wipfli H, Samet J: Global economic and health benefits of tobacco control, part 1. *Clin Pharmacol Ther* 86(3):263–271, 2009 19536067
- World Health Organization: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package, Geneva, 2008, World Health Organization
- Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, et al: Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 10(12):1691–1715, 2008 19023823

Trouble de l'usage du tabac

- DiFranza JR: Hooked from the first cigarette. *Sci Am* 298(5):82–87, 2008 18444329
- Hughes JR: Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 54(3):109–114, 1993 8468309
- Hughes JR: Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res* 9(3):315–327, 2007 17365764
- Kroon L: Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm* 64(18):1917–1921, 2007 17823102
- Pergadia ML, Heath AC, Martin NG, Madden PA: Genetic analyses of DSM-IV nicotine withdrawal in adult twins. *Psychol Med* 36(7):963–972, 2006 16749946
- Prochaska J, Delucchi K, Hall SM: A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol* 72(6):1144–1156, 2004 15612860
- SRNT Subcommittee on Biochemical Verification: Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res* 4(2):149–159, 2002 12028847
- Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, et al: Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 10(12):1691–1715, 2008 19023823

Sevrage du tabac

- Alt RS, Morrissey RP, Gang MA, et al: Severe myeloneuropathy from acute high-dose nitrous (N₂O) abuse. *J Emerg Med* 41(4):378–380, 2010 20605391
- Balster RL: Neural basis of inhalant abuse. *Drug Alcohol Depend* 51(1-2):207–214, 1998 9716942
- Blanton A: Nitrous oxide abuse: dentistry's unique addiction. *J Tenn Dent Assoc* 86(4):30–31, 2006 17228533
- Cartner M, Sinnott M, Silburn P: Paralysis caused by "nagging". *Med J Aust* 187(6):366–367, 2007 17874987
- Colfax G, Coates TJ, Husnik MJ, et al: Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of San Francisco men who have sex with men. *J Urban Health* 82(1 suppl 1):i62–i70, 2005 15738319
- Dagher A, Robbins TW: Personality, addiction, dopamine: insights from Parkinson's disease. *Neuron* 61(4):502–510, 2009 19249271
- Gupta PC, Ray CS: Epidemiology of betel quid usage. *Ann Acad Med Singapore* 33(4, suppl):31–36, 2004 15389304
- Hidaka Y, Ichikawa S, Koyano J, et al: Substance use and sexual behaviours of Japanese men who have sex with men: a nationwide internet survey conducted in Japan. *BMC Public Health* 6(239), September 26 2006 17002800 10.1186/1471-2458-6-239
- Kanayama G, Brower KJ, Wood RI, et al: Anabolic-androgenic steroid dependence: an emerging disorder. *Addiction* 104(12):1966–1978, 2009 19922565
- Kelly JP: Cathinone derivatives: a review of their chemistry, pharmacology and toxicology. *Drug Test Anal* 3(7-8):439–453, 2011 21755607
- Lampinen TM, Mattheis K, Chan K, Hogg RS: Nitrite inhalant use among young gay and bisexual men in Vancouver during a period of increasing HIV incidence. *BMC Public Health* 7(35), March 15, 2007 17362516 10.1186/1471-2458-7-35
- Marsh N, Marsh A: A short history of nitroglycerine and nitric oxide in pharmacology and physiology. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 27(4):313–319, 2000 10779131

- Richardson PG: Peripheral neuropathy following nitrous oxide abuse. *Emerg Med Australas* 22(1):88–90, 2010 20152009
- Ridenour TA, Bray BC, Cottler LB: Reliability of use, abuse, and dependence of four types of inhalants in adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 91(1):40–49, 2007 17576041
- Sethi NK, Mullin P, Torgovnick J, Capasso G: Nitrous oxide “Whippit” abuse presenting with cobalamin responsive psychosis. *J Med Toxicol* 2(2):71–74, 2006 18072118
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies: Inhalant use across the adolescent years. The NSDUH Report, March 13, 2008. Available at: <http://www.samhsa.gov/data/2k8/inhalants/inhalants.htm>. Accessed May 26, 2011
- Wu LT, Schlenger WE, Ringwalt CL: Use of nitrite inhalants (“poppers”) among American youth. *J Adolesc Health* 37(1):52–60, 2005 15963907

Trouble de l’usage d’une substance autre (ou inconnue)

Langston JW, Palfreman J: *The Case of the Frozen Addicts*, New York, Pantheon, 1995

Jeu d’argent pathologique (trouble lié au jeu d’argent)

- Alegria AA, Petry NM, Hasin DS, et al: Disordered gambling among racial and ethnic groups in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *CNS Spectr* 14(3):132–142, 2009 19407710
- Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell MC: Comparisons of gambling and alcohol use among college students and noncollege young people in the United States. *J Am Coll Health* 58(5):443–452, 2010 20304756
- Blanco C, Hasin DS, Petry N, et al: Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 36(7):943–953, 2006 16650342
- Burge AN, Pietrzak RH, Petry NM: Pre/early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *J Gambl Stud* 22(3):263–274, 2006 16816990
- Currie SR, Hodgins DC, Wang J, et al: Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction* 101(4):570–580, 2006 16548936
- Eisen SA, Lin N, Lyons MJ, et al: Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction* 93(9):1375–1384, 1998 9926543
- Gerstein D, Hoffmann J, Larison C, et al: *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*, Chicago, IL, National Opinion Research Center, University of Chicago, 1999
- Hodgins DC, el-Guebaly N: Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 95(5):777–789, 2000 10885052
- Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al: DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 38(9):1351–1360, 2008 18257941
- Langhinrichsen-Rohling J, Rohde P, Seeley JR, Rohling ML: Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *J Gambl Stud* 20(1):23–46, 2004 14973396
- Ledgerwood DM, Petry NM: Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. *Psychol Addict Behav* 24(4):680–688, 2010 20822191
- Morasco BJ, Petry NM: Gambling problems and health functioning in individuals receiving disability. *Disabil Rehabil* 28(10):619–623, 2006 16690574
- Morasco BJ, Pietrzak RH, Blanco C, et al: Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 68(6):976–984, 2006 17132843
- Petry NM: A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction* 98(5):645–655, 2003 12751982
- Petry NM, Kiluk BD: Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 190(7):462–469, 2002 12142848
- Petry NM, Stinson FS, Grant BF: Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(5):564–574, 2005 15889941

- Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, et al: Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 74(3):555–567, 2006 16822112
- Potenza MN, Xian H, Shah K, et al: Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. *Arch Gen Psychiatry* 62(9):1015–1021, 2005 16143733
- Slutske WS: Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two US. national surveys. *Am J Psychiatry* 163(2):297–302, 2006 16449485
- Slutske WS, Eisen S, True WR, et al: Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 57(7):666–673, 2000 10891037
- Slutske WS, Eisen S, Xian H, et al: A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *J. Abnorm Psychol* 110(2):297–308, 2001 11358024
- Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ: The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *J. Abnorm Psychol* 112(2):263–274, 2003 12784836
- Slutske WS, Caspi A, Moffitt TE, Poulton R: Personality and problem gambling: a prospective study of a birth cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 62(7):769–775, 2005 15997018
- Slutske WS, Piasecki TM, Blaszczyński A, Martin NG: Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction* 105(12):2169–2175, 2010 10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x 20854336
- Tavares H, Martins SS, Lobo DS, et al: Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry* 64(4):433–438, 2003 12716246
- Volberg RA, Abbott MW: Gambling and problem gambling among indigenous peoples. *Subst Use Misuse* 32(11):1525–1538, 1997 9336863
- Walker M, Toneatto T, Potenza MN, et al: A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addiction* 101(4):504–511, 2006 16548930
- Wardman D, el-Guebaly N, Hodgins D: Problem and pathological gambling in North American Aboriginal populations: a review of the empirical literature. *J Gambl Stud* 17(2):81–100, 2001 11705211
- Welte J, Barnes G, Wieczorek W, et al: Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol* 62(5):706–712, 2001 11702810
- Xian H, Shah KR, Phillips SM, et al: Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. *Psychiatry Res* 160(3):300–307, 2008 18710784

Page laissée en blanc intentionnellement.

Troubles neurocognitifs

Les troubles neurocognitifs (TNC) (correspondant dans le DSM-IV à « Démence, delirium, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs ») commencent par l'état confusional, suivi des syndromes de TNC majeur, TNC léger, et leurs sous-types étiologiques. Les sous-types de TNC majeur ou léger sont le TNC dû à la maladie d'Alzheimer, le TNC vasculaire, le TNC avec corps de Lewy, le TNC dû à la maladie de Parkinson, le TNC frontotemporal, le TNC dû à une lésion cérébrale traumatique, le TNC dû à une infection par le VIH, le TNC dû à l'utilisation d'une substance/d'un médicament, le TNC dû à la maladie de Huntington, le TNC dû à une maladie à prions, le TNC dû à une autre affection médicale, le TNC dû à des étiologies multiples et le TNC non spécifié. La catégorie TNC recouvre le groupe des troubles dans lesquels le déficit clinique initial concerne les fonctions cognitives, et qui sont acquis plutôt que de nature développementale. Bien que des troubles cognitifs soient observables dans la plupart voire dans tous les troubles mentaux (p. ex. schizophrénie, troubles bipolaires), seuls les troubles dont les symptômes fondamentaux sont de nature cognitive sont inclus dans la catégorie TNC. Les TNC sont des troubles dans lesquels le déficit cognitif n'a pas été présent dès la naissance ou dans la petite enfance, et représentent donc un déclin par rapport à un niveau de fonctionnement antérieurement atteint.

Les TNC sont les seuls au sein des catégories diagnostiques du DSM-5 à être des syndromes pour lesquels la neuropathologie sous-jacente, ainsi que fréquemment l'étiologie, peuvent potentiellement être déterminées. Les différentes entités pathologiques sous-jacentes ont toutes fait l'objet d'intenses recherches, d'expertise clinique et de consensus d'experts sur les critères diagnostiques. Les critères du DSM-5 pour ces troubles ont été développés en relation étroite avec les groupes d'experts pour chacune de ces affections et s'alignent le plus près possible des critères consensuels habituels pour chacun d'eux. L'utilité potentielle de biomarqueurs est aussi discutée en relation avec le diagnostic. Démence renvoie à l'entité nouvellement nommée *trouble neurocognitif majeur*, bien que l'usage du terme *démence* ne soit pas exclu dans les sous-types étiologiques où ce terme reste standard. En outre, le DSM-5 reconnaît un degré de sévérité moindre de déficit cognitif, le *trouble neurocognitif léger*, qui peut aussi faire l'objet de soins, et qui dans le DSM-IV était rapporté dans « trouble cognitif non spécifié ». Des critères diagnostiques sont fournis pour ces deux entités syndromiques, puis pour les différents sous-types étiologiques. Plusieurs TNC coexistent fréquemment avec un autre, et leurs relations peuvent être diversement expliquées dans les différents sous-chapitres, tels que « Diagnostic différentiel » (p. ex. TNC dû à la maladie d'Alzheimer *versus* TNC vasculaire), « Facteurs de risque et pronostiques » (p. ex. pathologie vasculaire aggravant l'expression clinique de la maladie d'Alzheimer), et/ou « Comorbidité » (p. ex. pathologie mixte maladie d'Alzheimer – vasculaire).

Le terme *démence* est maintenu dans le DSM-5 pour une certaine continuité et peut être utilisé dans les cadres où les médecins et les patients sont habitués à ce terme. Bien que démence soit le terme habituel pour les troubles comme les démences dégénératives qui touchent couramment les sujets âgés, le terme *trouble neurocognitif* est largement utilisé et souvent préféré dans les situations touchant les individus plus jeunes, tel qu'un déficit dû à une lésion cérébrale traumatique ou à une infection par le VIH. En outre, la définition du TNC majeur est un peu plus large que le terme *démence*, incluant des individus avec un déficit substantiel dans un seul domaine, plus particulièrement la catégorie DSM-IV

« Trouble amnésique », qui doit maintenant être diagnostiqué comme un TNC majeur dû à une autre affection médicale et pour lequel le terme démence n'est pas utilisé.

Atteintes neurocognitives

Les critères pour les différents TNC sont tous fondés sur des atteintes cognitives bien définies. Le [tableau 1](#) fournit pour chacune des atteintes principales une définition opérationnelle, des exemples de symptômes ou d'observations des déficits concernés dans les activités quotidiennes, et des exemples d'évaluations. Les atteintes ainsi définies, avec les directives pour les seuils cliniques, constituent la base sur laquelle les TNC, leur sévérité, leurs sous-types peuvent être diagnostiqués.

Tableau 1. Atteintes neurocognitives

Domaine cognitif	Exemples de symptômes ou observations	Exemples d'évaluations
Attention complexe (attention soutenue, attention divisée, attention sélective, vitesse de traitement)	<i>Majeur</i> : A plus de difficultés dans des environnements avec stimuli multiples (TV, radio, conversation) ; est facilement distrait par des événements intercurrents de l'environnement. Est incapable de participer sauf si l'information est limitée et simplifiée. A des difficultés à garder en tête des informations nouvelles, comme se rappeler des numéros de téléphone ou des adresses récemment communiquées, ou à restituer ce qui vient juste d'être énoncé. Est incapable de réaliser du calcul mental. Toute opération de pensée requiert plus de temps qu'habituellement, et les composantes à traiter doivent être réduites à quelques-unes ou à une seule. <i>Léger</i> : Les activités normales prennent plus de temps qu'auparavant. On commence à trouver des erreurs dans les tâches routinières ; on trouve que le travail fait nécessite plus de vérifications qu'antérieurement. L'action de penser est plus facile lorsqu'elle n'est pas en compétition avec d'autres activités (radio, TV, conversations, téléphone cellulaire, conduite automobile).	<i>Attention soutenue</i> : Maintenir l'attention au fil du temps (p. ex. presser un bouton à chaque fois qu'un son est entendu, et sur une période donnée). <i>Attention sélective</i> : Maintenir l'attention malgré la présence de stimuli intercurrents ou de facteurs de distraction : demander de ne compter que les lettres lors de l'écoute de nombres et de lettres qui sont lus. <i>Attention divisée</i> : Réaliser deux tâches dans le même temps : tapoter rapidement tout en apprenant une histoire lue. La vitesse de traitement peut être quantifiée pour toute tâche en la chronométrant (p. ex. temps nécessaire pour assembler des éléments entre eux ; temps nécessaire pour relier des symboles avec des nombres ; rapidité pour répondre, comme lors d'une vitesse de comptage ou de compter de 3 en 3).
Fonctions exécutives (planification, prise de décision, mémoire de travail, capacité de corriger en réponse à des commentaires, habitudes ancrées et contrôle inhibiteur, flexibilité mentale)	<i>Majeur</i> : Abandonne les projets complexes. A besoin de ne se focaliser que sur une seule tâche à la fois. Compte sur les autres pour organiser les activités de la vie quotidienne ou pour prendre des décisions. <i>Léger</i> : Un effort accru est nécessaire pour faire aboutir des projets à étapes. Difficulté accrue pour réaliser des tâches multiples ou pour terminer celles-ci s'il y a eu interruption par un visiteur ou un appel téléphonique. Peut se plaindre d'une fatigue majorée après un effort supplémentaire requis pour organiser, planifier ou prendre des décisions. Peut rapporter que les grandes réunions à caractère social sont plus difficiles et moins agréables du fait de l'effort accru nécessaire pour passer d'une conversation à une autre.	<i>Planification</i> : Capacité de trouver la sortie d'un labyrinthe ; remise dans le bon ordre d'un arrangement d'images ou d'objets. <i>Prise de décision</i> : Performance dans des tâches qui évaluent les processus de décision face à des alternatives concurrentes (p. ex. un jeu d'argent simulé). <i>Mémoire de travail</i> : Habileté à récupérer de l'information pour une courte période et à la manipuler (p. ex. additionner une liste de nombres ou répéter à l'envers une série de nombres ou de mots). <i>Utilisation des commentaires par rapport aux erreurs</i> : Capacité d'exploiter les commentaires pour en déduire des règles afin de résoudre un problème. <i>Habitudes ancrées et contrôle inhibiteur</i> : Capacité de choisir une solution plus complexe et requérant plus d'effort pour avoir un résultat correct (p. ex. ignorer la direction indiquée par une flèche ; nommer la couleur du mot plutôt que le mot). <i>Flexibilité mentale et cognitive</i> : Capacité de basculer d'un concept à un autre, d'une tâche à une autre, de répondre à des règles changeantes (p. ex. d'un nombre à une lettre, d'une réponse verbale à un appui sur un bouton, de nombres additionnés à des nombres ordonnés, de nombres ordonnés par taille à ceux ordonnés par couleur).

Suite

Domaine cognitif	Exemples de symptômes ou observations	Exemples d'évaluations
Apprentissage et mémoire (mémoire immédiate, mémoire des faits récents [incluant le rappel libre, le rappel indicé, la mémoire de reconnaissance], mémoire à très long terme [sémantique, autobiographique], apprentissage implicite)	<i>Majeur</i> : se répète souvent dans la même conservation. Ne peut pas restituer une courte liste de courses ou de séquences d'une journée. Nécessite de fréquents rappels pour orienter une tâche simple. <i>Léger</i> : A des difficultés à restituer des événements récents. S'appuie de plus en plus sur des listes de choses à faire ou sur le calendrier. A besoin de rappels occasionnels ou de relire pour suivre qui sont les personnages d'un film ou d'un roman. Peut occasionnellement se répéter face à une même personne sur une période de quelques semaines. Ne sait plus si des factures ont déjà été payées. N.B. : À l'exception des formes sévères de trouble neurocognitif majeur, les mémoires sémantique, autobiographique et implicite sont relativement préservées, par rapport à la mémoire immédiate.	<i>Empan de mémoire immédiate</i> : Capacité de répéter une liste de mots ou de chiffres. N.B. : La mémoire immédiate est parfois comprise dans le concept de « mémoire de travail » (cf. « Fonctions exécutives »). <i>Mémoire des faits récents</i> : Évalue le processus d'enregistrement de nouvelles informations (p. ex. des listes de mots, une courte histoire ou des schémas). Les aspects de la mémoire récente qui peuvent être testés incluent 1) le rappel libre (il est demandé à la personne de rappeler le plus grand nombre possible de noms, de schémas ou d'éléments d'une histoire) ; 2) le rappel indicé (l'examineur aide au rappel en donnant des indices sémantiques comme « Rappelez tous les mots de la liste en rapport avec la nourriture » ou « Nommez tous les enfants de l'histoire » ; et 3) la mémoire de reconnaissance (l'examineur demande de retrouver des items spécifiques – p. ex. « Est-ce que la pomme était dans la liste ? » ou « Avez-vous vu ce schéma ou cette figure ? »). D'autres aspects de la mémoire qui peuvent être évalués incluent la mémoire sémantique (mémoire des faits), la mémoire autobiographique (mémoire des événements personnels et des gens) et l'apprentissage implicite (procédural) (apprentissage non conscient de compétences).
Langage (langage expressif [incluant la dénomination, la recherche de mots, la fluence verbale, la grammaire et la syntaxe] et langage réceptif)	<i>Majeur</i> : La personne a des difficultés significatives avec le langage expressif et ou réceptif. Elle utilise souvent des phrases passe-partout comme « ce truc » ou « tu vois ce que je veux dire », et préfère les pronoms généraux aux noms. Lorsque le déficit est sévère, elle ne peut souvent plus se souvenir des noms d'amis proches et de membres de sa famille. Surviennent une utilisation de mots idiosyncrasiques, des erreurs grammaticales, des réponses automatiques, un raccourcissement des énoncés. Un discours stéréotypé apparaît ; une écholalie et un discours automatique précèdent typiquement un mutisme. <i>Léger</i> : La personne a des difficultés notables à retrouver ses mots. Elle peut remplacer des mots spécifiques par des mots généraux. Elle peut éviter les noms exacts de ses connaissances. Les erreurs grammaticales comportent de discrètes omissions ou un usage incorrect d'articles, de prépositions, de verbes auxiliaires, etc.	<i>Langage expressif</i> : Dénomination d'observation (identification d'objets ou d'images), fluence (p. ex. donner le plus grand nombre possible de mots de type sémantique [p. ex. noms d'animaux] ou de type lexical [p. ex. mots commençant par la lettre « f »] en 1 minute). <i>Grammaire et syntaxe</i> (p. ex. omission ou usage incorrect des articles, prépositions, verbes auxiliaires) : Les erreurs observées durant les épreuves de dénomination et de fluence sont comparées avec des normes pour estimer leur fréquence et la comparer avec les repères normaux de la langue. <i>Langage réceptif</i> : Compréhension (définition de mots, désignation d'objets utilisant des stimuli animés et inanimés) : performance d'actions découlant de consignes verbales.

Suite

Domaine cognitif	Exemples de symptômes ou observations	Exemples d'évaluations
Activités perceptivomotrices (incluant les habiletés autrement regroupées sous les termes <i>activités visuoperceptives, visuoconstructives, perceptivomotrices, praxies et gnosies</i>)	<i>Majeur</i> : Difficultés significatives dans les activités précédemment familières (utilisation d'instruments, conduite automobile), dans les déplacements dans les environnements familiers ; souvent confus au crépuscule, lorsque les ombres et la baisse de la luminosité modifient les perceptions. <i>Léger</i> : nécessité de s'appuyer plus sur des cartes ou sur autrui pour se diriger. Usage de notes et suivi des autres pour se rendre à un autre endroit. L'individu se sent perdu ou tourne en rond lorsqu'il n'est pas concentré sur une tâche. Est moins précis pour se garer. Nécessité de consacrer plus d'effort dans les tâches spatiales telles que la menuiserie, l'assemblage, la couture ou le tricot.	<i>Perception visuelle</i> : Des tâches de bissection de lignes peuvent être utilisées pour détecter un déficit visuel de base et une négligence attentionnelle. Les tâches perceptives non motrices (incluant la reconnaissance faciale) requièrent l'identification et/ou l'appariement de figures – ces tâches sont meilleures quand elles ne peuvent pas être gérées verbalement (p. ex. quand les formes ne sont pas des objets) ; certaines tâches demandent à la personne de décider si la figure peut être « réelle » ou non, en fonction de sa dimensionnalité. <i>Visuoconstruction</i> : Assemblage d'items nécessitant une coordination visuomanuelle, comme le dessin, le recopiage et l'assemblage de blocs. <i>Activité perceptivomotrice</i> : Intégration de la perception et d'un mouvement volontaire (p. ex. insertion de blocs dans un tableau de bord sans indices visuels, insertion rapide de chevilles dans une carte à fentes). <i>Praxies</i> : Préservation des mouvements appris, tels que l'habileté à imiter des gestes (geste d'au revoir) ou simulation d'utilisation d'objets (« Montrez-moi comment on utilise un marteau »). <i>Gnosies</i> : Intégrité perceptuelle de la conscience et de la reconnaissance, telle que la reconnaissance des visages et des couleurs.
Cognition sociale (reconnaissance des émotions, théorie de l'esprit)	<i>Majeur</i> : Comportement clairement hors des normes sociales acceptables ; montre une insensibilité aux règles sociales de pudeur dans l'habillement ou dans les sujets de conversation politique, religieux ou sexuel. Intérêt excessif pour un sujet en dépit du désintérêt ou des commentaires directs du groupe. Comportement intentionnel sans tenir compte de la famille et des amis. Prise de décision sans tenir compte des risques (p. ex. habillement inapproprié aux conditions météorologiques ou au contexte social). Typiquement peu de conscience de ces changements. <i>Léger</i> : Présente des changements minimes dans le comportement ou les attitudes, souvent décrits comme des modifications de la personnalité, telles qu'une moindre habileté à reconnaître les indices sociaux ou les expressions faciales, une empathie diminuée, une augmentation de l'extraversion ou de l'introversion, une diminution de l'inhibition, ou une apathie ou une impatience légères ou intermittentes.	<i>Reconnaissance des émotions</i> : Identification des émotions sur des images de visages représentant une variété d'émotions positives et négatives. <i>Théorie de l'esprit</i> : Capacité à prendre en considération l'état mental d'une autre personne (pensées, désirs, intentions) ou son expérience – cartes relatant une histoire avec des questions sollicitant de l'information à propos de l'état mental des individus à partir de leur portrait, comme « Où la fille cherchera-t-elle le sac perdu ? » ou « Pourquoi le garçon est-il triste ? ».

État confusionnel (delirium)¹

Critères diagnostiques

- A. Une perturbation de l'attention (c.-à-d. diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement).
- B. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables, et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée.
- C. Une autre perturbation cognitive (p. ex. un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuospatiales ou des perceptions).
- D. Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit, comme dans un coma.
- E. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance (c.-à-d. une drogue ou un médicament) ou d'une exposition à un produit toxique, ou est due à de multiples causes.

Spécifier le type :

État confusionnel (delirium) dû à une intoxication par une substance : Ce diagnostic doit être retenu plutôt que celui d'intoxication par une substance quand les symptômes des critères A et C prédominent dans la présentation clinique et quand ils sont suffisamment graves pour justifier à eux seuls une prise en charge clinique.

Note de codage : Les codes CIM-9-MC et CIM-10-MC pour l'état confusionnel dû à une intoxication (par une substance spécifique) sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Noter que le code CIM-10-MC dépend de la présence ou non d'un éventuel trouble comorbide de l'usage d'une substance de cette même classe. Si un trouble de l'usage d'une substance comorbide de l'état confusionnel dû à une intoxication par une substance est de gravité légère, le caractère en 4^e position est « 1 », et le clinicien doit retenir le diagnostic de « trouble de l'usage léger (d'une substance) » avant celui d'état confusionnel dû à l'intoxication par une substance (p. ex. « trouble de l'usage léger de cocaïne avec état confusionnel dû à l'intoxication par la cocaïne »). Si un trouble de l'usage d'une substance de gravité moyenne à grave est comorbide avec un état confusionnel dû à l'intoxication par une substance, le caractère en 4^e position est « 2 », et le clinicien doit retenir le diagnostic de « trouble de l'usage moyen (d'une substance) » ou « trouble de l'usage grave (d'une substance) », selon la sévérité du trouble de l'usage comorbide. En l'absence de trouble comorbide de l'usage d'une substance (p. ex. après un usage massif passager d'une substance), alors le caractère en 4^e position est « 9 », et le clinicien doit seulement retenir l'état confusionnel dû à l'intoxication par une substance.

		CIM-10-MC		
		Avec un trouble léger de l'usage d'une substance	Avec un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance	Sans trouble de l'usage d'une substance
	CIM-9-MC			
Alcool	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921

1. NDT. Le terme *delirium* correspond à l'état confusionnel dans la terminologie française. L'expression *delirium* n'est conservée dans l'usage français que pour l'étiologie alcoolique.

Suite

	CIM-9-MC	CIM-10-MC		
		Avec un trouble léger de l'usage d'une substance	Avec un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance	Sans trouble de l'usage d'une substance
Phencyclidine	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Autre hallucinogène	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Substance inhalée	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Opiacé	292.81	F11.121	F11.221	F11.921
Sédatif, hypnotique ou anxiolytique	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Amphétamine ou autre stimulant	292.81	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaïne	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Substance autre ou inconnue	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

État confusionnel (delirium) dû au sevrage d'une substance : Ce diagnostic doit être retenu plutôt que celui de sevrage d'une substance quand les symptômes des critères A et C prédominent dans la présentation clinique et quand ils sont suffisamment graves pour justifier en eux-mêmes une prise en charge clinique.

Codage de l'état confusionnel dû au sevrage (d'une substance spécifique) : **291.0 (F10.231)** pour l'alcool, **292.0 (F11.23)** pour les opiacés, **292.0 (F13.231)** pour les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, **292.0 (F19.231)** pour les substances ou médicaments autres ou non identifiés.

État confusionnel (delirium) induit par un médicament : Ce diagnostic s'applique quand les symptômes des critères A et C apparaissent comme un effet indésirable d'une prise médicamenteuse prescrite.

Note de codage : Le code de la CIM-9-MC pour un état confusionnel (par un médicament spécifique) est **292.81**. Le code de la CIM-10-MC dépend du type de médicament. Si le médicament est un opiacé pris comme prescrit, le code est **F11.921**. Si le médicament est un sédatif, hypnotique ou anxiolytique pris comme prescrit, le code est **F13.921**. Si le médicament est de type amphétaminique ou un autre stimulant pris comme prescrit, le code est **F15.921**. Pour les médicaments ne correspondant à aucune de ces classes (p. ex. la dexaméthasone) et dans les cas où la substance est considérée comme un facteur causal mais sans appartenir à une classe spécifique, le code est **F19.921**.

293.0 (F05) État confusionnel (delirium) dû à une autre affection médicale : Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale.

Note de codage : Inclure le nom de l'autre affection médicale dans le diagnostic d'état confusionnel (p. ex. 293.0 [F05] état confusionnel dû à une encéphalopathie hépatique). L'autre affection médicale doit aussi être codée et listée séparément immédiatement avant l'état confusionnel dû à une autre affection médicale (p. ex. 572.2 [K72.90] encéphalopathie hépatique, 293.0 [F05] état confusionnel dû à une encéphalopathie hépatique).

293.0 (F05) État confusionnel (delirium) dû à des étiologies multiples : Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires

que l'état confusionnel a plus d'une étiologie (p. ex. plus qu'une seule affection médicale, une autre affection médicale plus une intoxication par une substance ou un effet indésirable dû à un médicament).

Note de codage : Utiliser différents codes distincts selon les étiologies spécifiques de l'état confusionnel (p. ex. 572.2 [K72.90] encéphalopathie hépatique, 293.0 [F05] état confusionnel dû à une insuffisance hépatique, 291.0 [F10.231] état confusionnel dû au sevrage alcoolique). Noter que l'affection médicale en cause apparaît à la fois comme un code séparé qui précède le code de l'état confusionnel et s'insère dans la rubrique état confusionnel dû à une autre affection médicale.

Spécifier si :

Aigu : Durée de quelques heures à quelques jours.

Persistant : durée de quelques semaines à quelques mois.

Spécifier si :

Hyperactif : La personne présente une hyperactivité psychomotrice qui peut s'accompagner de labilité émotionnelle, d'agitation, et/ou d'une mauvaise adhésion aux soins médicaux.

Hypoactif : La personne présente une hypoactivité psychomotrice qui peut s'accompagner de lenteur et de léthargie jusqu'à la stupeur.

Niveau d'activité mixte : La personne a une activité psychomotrice normale bien que son attention et son niveau de conscience soient perturbés. Inclure aussi les sujets dont l'activité psychomotrice fluctue rapidement.

Procédures d'enregistrement

État confusionnel dû à une intoxication par une substance

CIM-9-MC. L'intitulé de l'état confusionnel dû à une intoxication par une substance ou par un médicament commence avec la substance spécifique (p. ex. cocaïne, dexaméthasone) présumée causer l'état confusionnel. Le code diagnostique est choisi à partir du tableau inclus dans la liste de critères, qui est fondé sur la classe médicamenteuse. Pour les substances qui ne correspondent à aucune classe (p. ex. dexaméthasone), le code « autre substance » doit être utilisé ; dans les cas où une substance est jugée être un facteur étiologique mais où la classe spécifique de la substance n'est pas connue, la catégorie « substance inconnue » doit être utilisée.

Le nom du trouble est suivi par l'évolution (c.-à-d. aigu, persistant), puis par un indicateur spécifique d'activité psychomotrice (c.-à-d. hyperactif, hypoactif, activité mixte). Contrairement aux procédures d'enregistrement pour la CIM-10-MC, qui combinent l'état confusionnel dû à une intoxication par une substance ou par un médicament et le trouble lié à l'usage d'une substance en un code unique, pour la CIM-9-MC un code diagnostique séparé est donné pour le trouble lié à l'usage d'une substance. Par exemple, dans le cas d'un état confusionnel aigu hyperactif survenant chez un homme avec un trouble sévère lié à l'usage de cocaïne, le diagnostic est 292.81 état confusionnel dû à une intoxication par la cocaïne, aigu, hyperactif. Un diagnostic additionnel de « 304.20 trouble sévère lié à l'usage de cocaïne » est aussi donné. Si l'état confusionnel dû à une intoxication survient sans trouble comorbide lié à l'usage d'une substance (p. ex. après une première consommation importante d'une substance), aucun trouble lié à l'usage d'une substance n'est noté (p. ex. 292.81 état confusionnel dû à une intoxication par phencyclidine, aigu, hypoactif).

CIM-10-MC. L'intitulé d'état confusionnel dû à une intoxication par une substance ou par un médicament commence avec la substance spécifique (p. ex. cocaïne, dexaméthasone) présumée causer l'état confusionnel. Le code diagnostique est choisi à partir du tableau inclus dans la liste de critères, qui est fondé sur la classe médicamenteuse

et la présence ou l'absence d'un trouble comorbide lié à une substance. Pour les substances qui ne correspondent à aucune classe (p. ex. dexaméthasone), le code « autre substance » doit être utilisé ; dans les cas où une substance est jugée être un facteur étiologique mais où la classe spécifique de la substance n'est pas connue, la catégorie « substance inconnue » doit être utilisée.

Quand l'intitulé du trouble est enregistré, le trouble comorbide lié à l'usage d'une substance (le cas échéant) est listé en premier, suivi par le mot « avec », puis par le nom de l'état confusionnel dû à une intoxication par une substance, suivi par l'évolution (c.-à-d. aigu, persistant), et par un indicateur spécifique d'activité psychomotrice (c.-à-d. hyperactif, hypoactif, activité mixte). Par exemple, dans le cas d'un état confusionnel aigu hyperactif survenant chez un homme avec un trouble sévère lié à l'usage de cocaïne, le diagnostic est F14.221 trouble sévère lié à l'usage de cocaïne avec un état confusionnel dû à une intoxication par la cocaïne, aigu, hyperactif. Un diagnostic séparé de trouble sévère lié à l'usage de cocaïne n'est pas donné. Si l'état confusionnel dû à une intoxication survient sans trouble comorbide lié à l'usage d'une substance (p. ex. après une première consommation importante d'une substance), aucun trouble lié à l'usage d'une substance n'est noté (p. ex. F16.921 état confusionnel dû à une intoxication par phencyclidine, aigu, hypoactif).

État confusionnel dû au sevrage d'une substance

CIM-9-MC. L'intitulé de l'état confusionnel dû au sevrage d'une substance/d'un médicament commence avec la substance spécifique (p. ex. alcool) présumée causer l'état confusionnel de sevrage. Le code diagnostique est choisi à partir des codes des substances spécifiques inclus dans la note de codage incluse dans la liste de critères. Le nom du trouble est suivi par l'évolution (c.-à-d. aigu, persistant), puis par un indicateur spécifique d'activité psychomotrice (c.-à-d. hyperactif, hypoactif, activité mixte). Contrairement aux procédures d'enregistrement pour la CIM-10-MC, qui combinent l'état confusionnel dû au sevrage d'une substance/d'un médicament et le trouble lié à l'usage d'une substance en un code unique, pour la CIM-9-MC un code diagnostique séparé est donné pour le trouble lié à l'usage d'une substance. Par exemple, dans le cas d'un état confusionnel de sevrage, aigu, hyperactif survenant chez un homme avec un trouble sévère lié à l'usage d'alcool, le diagnostic est 291.0 état confusionnel dû au sevrage d'alcool, aigu, hyperactif. Un diagnostic additionnel de 303.90 trouble sévère lié à l'usage d'alcool est aussi donné.

CIM-10-MC. L'intitulé de l'état confusionnel dû au sevrage d'une substance/d'un médicament commence avec la substance spécifique (p. ex. alcool) présumée causer l'état confusionnel de sevrage. Le code diagnostique est choisi à partir des codes des substances spécifiques inclus dans la note de codage incluse dans la liste de critères. Quand l'intitulé du trouble est enregistré, le trouble comorbide lié à l'usage d'une substance (le cas échéant) est listé en premier, suivi par le mot « avec », puis par le nom de l'état confusionnel dû au sevrage d'une substance, suivi par l'évolution (c.-à-d. aigu, persistant), et par un indicateur spécifique d'activité psychomotrice (c.-à-d. hyperactif, hypoactif, activité mixte). Par exemple, dans le cas d'un état confusionnel de sevrage, aigu hyperactif survenant chez un homme avec un trouble sévère lié à l'usage d'alcool, le diagnostic est F10.231 trouble sévère lié à l'usage d'alcool avec un état confusionnel de sevrage d'alcool, aigu, hyperactif. Un diagnostic séparé de trouble sévère lié à l'usage d'alcool n'est pas donné.

État confusionnel induit par un médicament. L'intitulé de l'état confusionnel induit par un médicament commence avec la substance spécifique (p. ex. dexaméthasone) présumée causer l'état confusionnel. Le nom du trouble est suivi par l'évolution (c.-à-d. aigu, persistant), puis par un indicateur spécifique d'activité psychomotrice (c.-à-d.

hyperactif, hypoactif, activité mixte). Par exemple, dans le cas d'un état confusionnel induit par un médicament, aigu, hyperactif survenant chez un homme consommant de la dexaméthasone comme prescrit, le diagnostic est 292.81 (F19.921) état confusionnel induit par la dexaméthasone, aigu, hyperactif.

Spécifications

Pour ce qui est de l'évolution, l'état confusionnel se résout généralement en une semaine en hospitalisation mais quelques symptômes peuvent persister même après que les patients aient quitté la structure.

Les patients avec un état confusionnel peuvent rapidement basculer d'un état hyperactif à un état hypoactif. L'état hyperactif serait plus commun et plus fréquemment reconnu et il est souvent associé à des effets indésirables des médicaments (Camus et al. 2000) et aux sevrages d'une drogue. L'état hypoactif serait plus fréquent chez les personnes âgées.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de l'état confusionnel est une perturbation de l'attention et de la conscience qui s'accompagne d'une modification de la cognition par rapport à l'état antérieur ne pouvant pas être mieux expliquée par un trouble neurocognitif (TNC) préexistant ou évolutif. La perturbation de l'attention (critère A) se manifeste par une réduction de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention. Les questions doivent être répétées parce que l'attention du sujet ne se fixe pas, ou le sujet persévère à donner une réponse à une question précédente au lieu de déplacer son attention de façon appropriée. La personne est facilement perturbée par des stimuli non pertinents. La perturbation de la conscience se manifeste par une diminution de l'orientation dans l'environnement ou parfois même par rapport à soi (Choi et al. 2012).

La perturbation se développe sur une courte période, habituellement de quelques heures à quelques jours, et tend à fluctuer au cours de la journée, s'aggravant souvent dans la soirée et la nuit, quand les stimuli externes diminuent (critère B). On peut mettre en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication par ou du sevrage d'une substance, d'une exposition à un produit toxique, ou d'une combinaison de ces facteurs (critère E). L'étiologie doit être codée en accord avec le sous-type le plus approprié (c.-à-d. intoxication par une drogue ou un médicament, sevrage d'une substance, autre affection médicale ou multiples causes) (Cole et al. 2002 ; Inouye 2006). L'état confusionnel survient souvent dans le contexte d'un TNC sous-jacent. Le fonctionnement cérébral défaillant des individus avec un TNC léger et majeur les rend plus vulnérables à l'état confusionnel.

Il y a un changement concomitant dans au moins un autre secteur qui peut inclure la mémoire et l'apprentissage (particulièrement la mémoire des faits récents), la désorientation (dans le temps et l'espace), des troubles du langage, des distorsions perceptuelles ou une perturbation perceptivomotrice (critère C). Les perturbations de la perception qui accompagnent l'état confusionnel incluent des interprétations erronées, des illusions ou des hallucinations ; ces perturbations sont principalement visuelles mais peuvent survenir selon d'autres modalités et être classées de la plus simple et uniforme à la plus complexe. L'attention normale/éveil, l'état confusionnel et le coma reposent sur un continuum, avec le coma défini comme l'absence totale de réponse à des stimuli verbaux. La possibilité d'évaluer l'état cognitif pour diagnostiquer un état confusionnel dépend du fait qu'il y ait ou non un niveau de conscience suffisant pour répondre à une stimulation verbale ; ainsi, l'état confusionnel ne peut pas être diagnostiqué dans un contexte de coma (critère D). De nombreux patients non comateux ont un niveau

de conscience abaissé. Ces patients qui présentent seulement des réponses minimales à une stimulation verbale sont incapables de s'impliquer dans des tentatives d'évaluation standardisée ou dans un entretien. Cette inaptitude à s'impliquer doit être considérée comme un déficit attentionnel sévère. Les états abaissés de conscience (de survenue brutale) doivent être reconnus comme indiquant une inattention grave et une modification des cognitions, et donc un état confusionnel. Ils sont cliniquement difficiles à distinguer d'un état confusionnel diagnostiqué en fonction d'une inattention et d'un changement cognitif révélés par une évaluation cognitive et un entretien.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

L'état confusionnel est souvent associé à des perturbations du cycle veille-sommeil. Ces dernières peuvent inclure une somnolence diurne, une agitation nocturne, des difficultés d'endormissement, une hypersomnie ou des éveils nocturnes répétés. Dans certains cas, une inversion complète du cycle nyctéméral peut survenir. Les perturbations du cycle veille-sommeil sont courantes dans l'état confusionnel et ont été proposées comme un critère cardinal pour le diagnostic (Jabbar et al. 2011).

Le patient ayant un état confusionnel peut présenter des perturbations émotionnelles telles qu'une anxiété, de la peur, de la dépression, une irritabilité, de la colère, une euphorie et une apathie (Jabbar et al. 2011). Il peut y avoir des changements rapides et imprévisibles d'un état émotionnel à un autre. Le désordre émotionnel peut aussi s'exprimer par des cris, des hurlements, des menaces, des murmures, des gémissements ou tout autre son. Ces comportements sont particulièrement observables la nuit et lorsque les stimulations et les repères environnementaux manquent.

Prévalence

La prévalence de l'état confusionnel est plus élevée parmi les patients âgés hospitalisés et varie en fonction des caractéristiques des individus, des lieux de soin et de la sensibilité de la méthode de détection. La prévalence de l'état confusionnel en population générale est faible (1-2 %) (Inouye 2006) mais augmente avec l'âge, atteignant 14 % parmi les sujets âgés de plus de 85 ans. La prévalence est de 10-30 % chez les sujets âgés se présentant dans les services d'urgence, où l'état confusionnel oriente souvent vers une affection médicale (Inouye 2006).

Quand les sujets sont admis à l'hôpital, la prévalence de l'état confusionnel varie de 14 à 24 %, et l'incidence de l'état confusionnel survenant au cours de l'hospitalisation varie de 6 à 56 % dans les populations en hôpital général (Agostino et Inouye 2003 ; Inouye 1998). Un état confusionnel survient chez 15-53 % des personnes âgées en post-opératoire (Agostino et Inouye 2003) et chez 70-87 % de celles qui sont en soins intensifs (Pisani et al. 2003). L'état confusionnel survient chez environ 60 % des sujets en maisons de retraite ou en services de soins de suite (Boorsma et al. 2012) et chez environ 83 % de tous les individus en fin de vie (Casarett 2003).

Développement et évolution

Bien que la majorité des sujets présentant un état confusionnel se rétablissent complètement avec ou sans traitement, une reconnaissance précoce et une intervention raccourcissent habituellement la durée de l'état confusionnel (Solai 2009). L'état confusionnel peut évoluer vers la stupeur, le coma, des crises comitiales ou la mort, en particulier lorsque la cause sous-jacente reste non traitée. La mortalité parmi les sujets hospitalisés avec un état confusionnel est élevée, et près de 40 % des individus ayant un état confusionnel, particulièrement ceux avec des atteintes malignes ou toute autre affection médicale grave sous-jacente, décèdent dans l'année suivant le diagnostic (Inouye 2006).

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. L'état confusionnel peut s'aggraver dans le contexte de déficits fonctionnels, d'immobilité, d'antécédents de chute, de bas niveaux d'activité, et de l'usage de substances et de médicaments avec des propriétés psychoactives (en particulier l'alcool et les anticholinergiques).

Génétiques et physiologiques. Les TNC majeurs et légers peuvent augmenter le risque d'état confusionnel et compliquer son évolution. Les sujets âgés sont particulièrement enclins à l'état confusionnel comparés aux jeunes adultes. La susceptibilité de développer un état confusionnel pourrait être plus importante durant la petite enfance et l'enfance que chez le jeune adulte et au milieu de la vie. Dans l'enfance, l'état confusionnel peut être en lien avec des affections fébriles et certains médicaments (p. ex. anticholinergiques).

Marqueurs diagnostiques

En complément des résultats biologiques caractéristiques d'affections médicales sous-jacentes (ou d'états d'intoxication ou de sevrage), il y a souvent un ralentissement diffus du tracé électroencéphalographique, et une accélération est occasionnellement observable (p. ex. dans certains cas d'état confusionnel de sevrage alcoolique). Cependant l'électroencéphalographie n'est ni suffisamment sensible ni suffisamment spécifique pour une utilisation diagnostique (Inouye 1998).

Retentissement fonctionnel de l'état confusionnel

L'état confusionnel en lui-même est associé à une augmentation du déclin fonctionnel et à un risque d'institutionnalisation. Les sujets hospitalisés âgés de plus de 65 ans ayant un état confusionnel ont un risque trois fois supérieur d'être placés en maison de retraite et un déclin fonctionnel trois fois plus important que les personnes hospitalisées sans état confusionnel, tant à la sortie de l'hôpital que 3 mois après.

Diagnostic différentiel

Troubles psychotiques et troubles dépressifs et bipolaires avec caractéristiques psychotiques. L'état confusionnel qui se caractérise par des hallucinations intenses, des idées délirantes, des perturbations du langage et de l'agitation doit être différencié d'un trouble psychotique bref, d'une schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme et des autres troubles psychotiques, aussi bien que des troubles dépressifs et bipolaires avec caractéristiques psychotiques.

Trouble stress aigu. L'état confusionnel associé à de la peur, de l'anxiété et des symptômes dissociatifs tels qu'une dépersonnalisation doit être distingué du trouble stress aigu, qui est favorisé par l'exposition à un événement traumatique sévère.

Trouble factice et simulation. L'état confusionnel peut être distingué de ces troubles grâce à leurs présentations souvent atypiques et à l'absence d'une autre affection médicale ou de l'usage d'une substance qui serait étiologiquement liée à la perturbation cognitive apparente.

Autres troubles neurocognitifs. La question la plus courante dans le diagnostic différentiel d'un état confusionnel chez le sujet âgé est de distinguer les symptômes d'un état confusionnel de ceux d'une démence (Cole et al. 2002 ; Fick et al. 2002). Le clinicien doit déterminer si le sujet présente un état confusionnel, un état confusionnel surajouté à un TNC préexistant, tel que celui dû à la maladie d'Alzheimer, ou un TNC sans

état confusionnel. La distinction traditionnelle entre état confusionnel et démence selon l'acuité du début et l'évolution dans le temps est particulièrement difficile chez les sujets âgés qui présentent un TNC préalable qui peut ne pas avoir été reconnu, ou qui développent un déficit cognitif persistant au décours d'un épisode confusionnel.

Autre état confusionnel (delirium) spécifié

780.09 (R41.0)

Cette catégorie s'applique aux situations dans lesquelles prédominent des symptômes caractéristiques de l'état confusionnel qui provoquent une détresse clinique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissent pas l'ensemble des critères d'état confusionnel ni d'aucun autre trouble entrant dans le cadre des troubles neurocognitifs. La catégorie autre état confusionnel spécifié est utilisée dans les situations où le clinicien fait le choix de donner la raison spécifique pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas les critères d'état confusionnel ou de tout autre trouble neurocognitif spécifique. Cela se fait en enregistrant « autre état confusionnel spécifié » puis la raison spécifique (p. ex. « syndrome d'état confusionnel atténué »).

Un exemple de situation clinique qui doit être désignée « autre état confusionnel (delirium) spécifié » est la suivante :

Syndrome d'état confusionnel (delirium) atténué : Ce syndrome s'applique aux cas d'état confusionnel dans lesquels la sévérité du déficit cognitif est en deçà de celle requise pour le diagnostic ou lorsque les critères diagnostiques ne sont pas tous présents.

État confusionnel (delirium) non spécifié

780.09 (R41.0)

Cette catégorie s'applique aux situations dans lesquelles prédominent des symptômes caractéristiques de l'état confusionnel qui provoquent une détresse clinique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissent pas l'ensemble des critères d'état confusionnel ni d'aucun autre trouble entrant dans le cadre des troubles neurocognitifs. La catégorie état confusionnel non spécifié est utilisée dans les situations où le clinicien fait le choix de ne pas donner la raison spécifique pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas les critères d'état confusionnel ; cela inclut les situations cliniques où l'on ne dispose pas d'informations suffisantes pour poser un diagnostic plus spécifique (p. ex. dans les services d'urgences).

Troubles neurocognitifs majeur et léger

Trouble neurocognitif majeur

Critères diagnostiques

- A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :

1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
 2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).
- D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Spécifier si c'est dû à :

Une maladie d'Alzheimer (p. 797)

Une dégénérescence lobaire frontotemporale (p. 801)

Une maladie à corps de Lewy (p. 806)

Une maladie vasculaire (p. 809)

Une lésion cérébrale traumatique (p. 813)

L'usage d'une substance/d'un médicament (p. 816)

Une infection par le VIH (p. 822)

Une maladie à prions (p. 825)

Une maladie de Parkinson (p. 827)

Une maladie de Huntington (p. 830)

Une autre affection médicale (p. 832)

Des étiologies multiples (p. 833)

Non spécifié (p. 834)

Note de codage : Le code est fondé sur l'étiologie médicale ou la substance en cause. Dans certains cas, il est nécessaire d'utiliser un code additionnel pour l'affection médicale causale qui doit immédiatement précéder le code diagnostique du trouble neurocognitif majeur comme suit :

Sous-type étiologique	Code de l'étiologie médicale associée au trouble neurocognitif majeur ^a	Code du trouble neurocognitif majeur ^b	Code du trouble neurocognitif léger ^c
Maladie d'Alzheimer	Probable : 331.0 (G30.9) Possible : pas de code médical additionnel	Probable : 294.1x (F02.8x) Possible : 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la maladie d'Alzheimer.)
Dégénérescence lobaire frontotemporale	Probable : 331.19 (G31.09) Possible : pas de code additionnel médical	Probable : 294.1x (F02.8x) Possible : 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la dégénérescence lobaire frontotemporale.)
Maladie à corps de Lewy	Probable : 331.82 (G31.83) Possible : pas de code médical additionnel	Probable : 294.1x (F02.8x) Possible : 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la maladie à corps de Lewy.)

Suite

Sous-type étiologique	Code de l'étiologie médicale associée au trouble neurocognitif majeur ^a	Code du trouble neurocognitif majeur ^b	Code du trouble neurocognitif léger ^c
Maladie vasculaire	Pas de code médical additionnel	Probable : 290.40 (F01.5x) Possible : 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la maladie vasculaire.)
Lésion cérébrale traumatique	907.0 (S06.2X9S)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la lésion cérébrale traumatique.)
Usage d'une substance/d'un médicament	Pas de code médical additionnel	Code reposant sur le type de substance entraînant le trouble neurocognitif majeur ^{c,d}	Code reposant sur le type de substance entraînant le trouble neurocognitif léger ^d
Infection par le VIH	042 (B20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour l'infection par le VIH.)
Maladie à prions	046.79 (A81.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la maladie à prions.)
Maladie de Parkinson	Probable : 332.0 (G20) Possible : pas de code médical additionnel	Probable : 294.1x (F02.8x) Possible : 331.9 (G31.9) ^c	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la maladie de Parkinson.)
Maladie de Huntington	333.4 (G10)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour la maladie de Huntington.)
Autre affection médicale	Coder d'abord l'autre affection médicale (p. ex. 340 [G35] sclérose en plaques)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (Ne pas utiliser de code additionnel pour causes médicales présumées.)
Étiologies multiples	Coder d'abord toutes les étiologies médicales (à l'exception de la maladie vasculaire)	294.1x (F02.8x) (Ajouter le code pour le trouble neurocognitif majeur induit par une substance/un médicament pertinent si des substances ou des médicaments jouent un rôle dans l'étiologie.)	331.83 (G31.84) (Ajouter le code pour le trouble neurocognitif léger induit par une substance/un médicament pertinent si des substances ou des médicaments jouent un rôle dans l'étiologie). Ne pas utiliser de codes additionnels pour les causes médicales présumées.

Suite

Sous-type étiologique	Code de l'étiologie médicale associée au trouble neurocognitif majeur ^a	Code du trouble neurocognitif majeur ^b	Code du trouble neurocognitif léger ^c
Trouble neurocognitif non spécifié	Pas de code médical additionnel	799.59 (R41.9)	799.59 (R41.9)

^a Coder d'abord, avant le codage pour le trouble neurocognitif majeur.

^b Coder le 5^e chiffre en fonction de la spécification de la symptomatologie : .x0 sans perturbation du comportement, .x1 avec perturbation du comportement (p. ex. symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou autres symptômes comportementaux).

^c **N.B.** : La spécification des troubles comportementaux ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.

^d Cf. « Trouble neurocognitif majeur ou léger induit par une substance/un médicament ».

Spécifier si :

Sans perturbation du comportement : Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.

Avec perturbation du comportement (*spécifier la perturbation*) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (p. ex. symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptôme comportemental).

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (p. ex. travaux ménagers, gestion de l'argent).

Moyen : Difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne (p. ex. manger, s'habiller).

Grave : Dépendance complète.

Trouble neurocognitif léger

Critères diagnostiques

- A. Preuves d'un déclin cognitif modeste par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :
 1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien concernant un léger déclin du fonctionnement cognitif ; et
 2. Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. que les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).
- C. Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Spécifier si c'est dû à :

Une maladie d'Alzheimer (p. 797)

Une dégénérescence lobaire frontotemporale (p. 801)

- Une maladie à corps de Lewy** (p. 806)
- Une maladie vasculaire** (p. 809)
- Une lésion cérébrale traumatique** (p. 813)
- L'usage d'une substance/d'un médicament** (p. 816)
- Une infection par le VIH** (p. 822)
- Une maladie à prions** (p. 825)
- Une maladie de Parkinson** (p. 827)
- Une maladie de Huntington** (p. 830)
- Une autre affection médicale** (p. 832)
- Des étiologies multiples** (p. 833)
- Non spécifié** (p. 834)

Note de codage : Pour le trouble neurocognitif léger dû à l'une des causes listées ci-dessus, coder **331.83 (G31.84)**. Ne pas utiliser de codes additionnels pour les étiologies médicales présumées. Pour le trouble neurocognitif léger induit par une substance/un médicament, le code est fondé sur le type de substance ; cf. « Trouble neurocognitif majeur ou léger induit par une substance/un médicament. » Pour le trouble neurocognitif léger non spécifié, coder **799.59 (R41.9)**.

Spécifier :

Sans perturbation du comportement : Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.

Avec perturbation du comportement (spécifier la perturbation) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (p. ex. symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptôme comportemental).

Sous-types

Les sous-types des troubles neurocognitifs majeur et léger (TNC) reposent essentiellement sur les mécanismes étiologiques ou pathologiques, connus ou présumés, sous-jacents au déclin cognitif. Ces sous-types sont différenciés en fonction de l'association de l'évolution, des domaines caractéristiques touchés et des symptômes associés. Pour certains sous-types étiologiques, le diagnostic dépend essentiellement de la présence d'une explication causale potentielle, telle qu'une maladie de Parkinson ou de Huntington, une lésion cérébrale traumatique ou un accident vasculaire cérébral survenus récemment. Pour d'autres sous-types étiologiques (généralement les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la dégénérescence lobaire frontotemporale et la maladie à corps de Lewy), le diagnostic repose principalement sur les symptômes cognitifs, comportementaux et fonctionnels. Typiquement, la différenciation des syndromes qui manquent d'une explication étiologique reconnue indépendamment est plus claire au stade de TNC majeur qu'au niveau du TNC léger mais quelquefois les symptômes caractéristiques et les caractéristiques associées sont déjà présents au stade léger.

Les TNC sont fréquemment pris en charge par des cliniciens de plusieurs disciplines. Pour de nombreux sous-types, des groupes d'experts internationaux multidisciplinaires ont développé des critères spécifiques consensuels fondés sur des corrélations cliniques et anatomopathologiques avec les pathologies cérébrales sous-jacentes (Albert et al. 2011 ; McKeith et al. 2005 ; Rascovsky et al. 2011). Les critères des sous-types ont ici été harmonisés avec ceux des experts.

Spécifications

Des caractéristiques comportementales distinctes dans les TNC ont été observées, particulièrement dans les champs des symptômes psychotiques et de la dépression (Jeste

et al. 2006). Les caractéristiques psychotiques sont fréquentes dans plusieurs TNC, en particulier aux stades de sévérité légère à moyenne des TNC majeurs dus à la maladie d'Alzheimer, à une maladie à corps de Lewy et une dégénérescence lobaire frontotemporale. Une idéation persécutoire et d'autres idées délirantes sont des caractéristiques courantes ; les thèmes de persécution sont souvent un aspect prédominant de l'idéation délirante. À la différence des troubles psychotiques qui surviennent précocement dans la vie (p. ex. dans la schizophrénie), une désorganisation du discours et du comportement n'est pas caractéristique des symptômes psychotiques dans les TNC. Des hallucinations de tout ordre peuvent survenir, bien que les hallucinations visuelles soient plus fréquentes dans les TNC que dans les troubles dépressifs, bipolaires ou psychotiques.

Des perturbations de l'humeur, notamment de la dépression, de l'anxiété, de l'euphorie peuvent être présentes. La dépression est fréquente au début de l'évolution des TNC (également au niveau d'un TNC léger) dus à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson, alors que l'euphorie survient plus fréquemment dans la dégénérescence lobaire frontotemporale. Lorsqu'un syndrome affectif complet répondant aux critères diagnostiques d'un trouble dépressif ou bipolaire est présent, ce diagnostic doit aussi être codé. Les symptômes thymiques sont de plus en plus reconnus comme une caractéristique significative dans les stades précoces des TNC légers de telle sorte que leur identification clinique et une intervention thérapeutique peuvent être importantes.

L'agitation est fréquente dans une grande variété de TNC, particulièrement dans le TNC majeur de sévérité moyenne à grave, et apparaît souvent dans des contextes de confusion ou de frustration. Elle peut se traduire par des comportements hostiles, particulièrement dans des situations de résistance aux prestations de soins telles que le bain ou l'habillage. L'agitation se caractérise par des conduites vocales ou motrices perturbatrices et a tendance à se produire aux stades avancés de déclin cognitif dans tous les TNC.

Les patients ayant un TNC peuvent présenter de nombreux troubles du comportement qui vont faire l'objet d'un traitement. Les perturbations du sommeil sont fréquentes ; elles peuvent nécessiter une attention particulière du clinicien et inclure des symptômes de type insomnie ou hypersomnie et des perturbations du rythme circadien.

L'apathie est fréquente dans les TNC légers ou majeurs. Elle est particulièrement observée dans le TNC dû à la maladie d'Alzheimer, et elle peut être une caractéristique importante du TNC dû à une la dégénérescence lobaire frontotemporale. L'apathie est typiquement caractérisée par une démotivation et une réduction des comportements dirigés vers un but, ainsi que par une diminution de la réactivité émotionnelle. Les symptômes de l'apathie peuvent se manifester précocement dans l'évolution des TNC sous la forme d'une perte de motivation à réaliser les activités quotidiennes ou les loisirs.

Parmi les autres symptômes comportementaux importants figurent les déambulations, la désinhibition, l'hyperphagie et les comportements d'accumulation. Certains de ces symptômes sont caractéristiques de troubles spécifiques, comme cela sera abordé dans les paragraphes concernés. Lorsqu'on observe plus d'un seul trouble du comportement, chaque type doit être noté par écrit avec la spécification « avec des symptômes comportementaux ».

Caractéristiques diagnostiques

Les TNC majeur et léger reposent sur une gamme de déficits cognitifs et fonctionnels. Le TNC majeur correspond à la situation dénommée *démence* dans le DSM-IV, terme retenu comme une alternative dans cette édition. La caractéristique centrale des TNC est un déclin cognitif acquis dans un ou plusieurs domaines cognitifs (critère A), repéré à la fois par 1) une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien concernant le fonctionnement cognitif, et par 2) des performances lors d'une évaluation objective qui

sont en deçà du niveau attendu ou qui diminuent dans le temps. La préoccupation et la mise en évidence objective sont toutes les deux requises car elles sont complémentaires. Lorsque l'attention se porte exclusivement sur l'évaluation objective, un trouble peut être sous-diagnostiqué chez les sujets ayant un haut niveau de fonctionnement pour qui une performance « normale » représente en fait un déclin substantiel dans les habiletés ; inversement, une affection peut être diagnostiquée à tort chez des sujets pour qui des performances actuelles « basses » ne représentent pas un changement par rapport à leur fonctionnement antérieur ou bien résultent de facteurs externes comme les conditions d'évaluation ou une affection concomitante. De la même manière, une attention excessive pour les symptômes subjectifs peut entraîner une méconnaissance du diagnostic chez des personnes avec un *insight* pauvre ou quand les informants dénie les symptômes ou sont en difficulté pour les repérer, ou bien peut induire des diagnostics excessifs chez les personnes qui vont bien mais se font du souci.

Une préoccupation concernant les cognitions diffère d'une plainte par le fait qu'elle peut ou non être verbalisée spontanément. En fait, elle doit mener à un interrogatoire soigneux à la recherche des symptômes spécifiques qui surviennent habituellement chez les sujets ayant des déficits cognitifs (cf. [tableau 1](#) dans l'introduction de ce chapitre). Par exemple, il faut rechercher si les préoccupations concernant la mémoire renvoient à une difficulté à se rappeler une courte liste de courses ou à suivre le scénario d'un programme de télévision, et si les préoccupations concernant les fonctions exécutives sont motivées par une difficulté à reprendre une tâche lorsque celle-ci a été interrompue, à gérer les comptes ou à organiser un repas de fête. Au stade de TNC léger, la personne a tendance à considérer ces tâches comme plus difficiles ou requérant plus de temps, ou un effort ou des stratégies de compensation. Au stade de TNC majeur, de telles tâches ne peuvent être accomplies sans aide ou sont totalement abandonnées. Au stade de TNC léger, les sujets et leurs familles peuvent ne pas signaler de tels symptômes ou les considérer comme normaux, en particulier chez le sujet âgé ; aussi une reprise soigneuse de l'anamnèse est d'une importance primordiale. Les difficultés doivent représenter un changement plutôt que des habitudes toujours présentes : le sujet ou un informant doivent clarifier cette question, ou le clinicien peut déceler la survenue d'un changement à partir d'une rencontre précédente avec le patient ou bien d'indices professionnels ou autres. Il est aussi pertinent de déterminer que ces difficultés sont plus en lien avec le déclin cognitif qu'avec des handicaps moteurs ou sensitifs.

Le bilan neuropsychologique, en comparant les performances à des normes adaptées à l'âge du patient, à son niveau d'éducation et au contexte culturel, fait partie de l'évaluation normale des TNC et il est particulièrement pertinent dans l'évaluation du TNC léger. Pour le TNC majeur, les performances se situent à deux écarts types ou plus en dessous des normes appropriées (3^e percentile ou en dessous). Pour le TNC léger, les performances se situent entre 1 et 2 écarts types (entre le 3^e et le 16^e percentile). Cependant, le bilan neuropsychologique n'est pas disponible dans toutes les situations, et les seuils neuropsychologiques sont sensibles aux tests et aux normes spécifiques employés, ainsi qu'aux conditions d'évaluation, aux difficultés sensorielles et aux affections intercurrentes. Un certain nombre d'évaluations brèves utilisables en cabinet ou au « lit du malade », décrites dans le [tableau 1](#), peuvent aussi fournir des données objectives dans certaines situations où l'évaluation neuropsychologique n'est pas disponible ou praticable. Dans tous les cas, comme pour les préoccupations concernant les cognitions, les performances objectives doivent être interprétées à la lumière des performances antérieures du sujet. De façon idéale, cette information devrait être obtenue à partir d'une administration antérieure du même test mais souvent elle doit être déduite à partir de normes appropriées, de l'histoire scolaire ou universitaire du sujet, de sa profession et d'autres variables. Les normes sont plus difficiles à interpréter chez

les sujets avec des niveaux d'éducation très bas ou très élevés et chez les sujets évalués en dehors de leur propre langue ou culture.

Le critère B est en lien avec le degré d'autonomie du sujet dans le fonctionnement quotidien. Les sujets ayant un TNC majeur auront une perte d'autonomie d'une sévérité suffisante pour que les autres soient contraints d'assumer des tâches que l'intéressé était auparavant capable d'accomplir seul. Les sujets ayant un TNC léger conservent leur autonomie, bien qu'il puisse y avoir une atteinte minime du fonctionnement ou qu'il soit rapporté que les tâches requièrent plus d'effort ou plus de temps qu'auparavant.

La distinction entre TNC majeur et léger est intrinsèquement arbitraire, et ces troubles se situent le long d'un continuum. Des seuils précis sont donc difficiles à déterminer. Un recueil soigneux de l'histoire, l'observation, l'intégration d'autres informations sont nécessaires, et les conséquences du diagnostic doivent être prises en compte quand les manifestations cliniques d'un sujet se situent à la frontière.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Typiquement les caractéristiques associées en faveur du diagnostic de TNC majeur ou léger seront spécifiques du sous-type étiologique (p. ex. hypersensibilité aux neuroleptiques et hallucinations visuelles dans le TNC dû à une maladie à corps de Lewy). Les caractéristiques diagnostiques spécifiques à chacun des sous-types sont retrouvées dans les paragraphes correspondants.

Prévalence

La prévalence du TNC varie largement avec l'âge et le sous-type étiologique. Les estimations concernant la prévalence globale ne sont généralement disponibles que pour les populations âgées. Parmi les sujets âgés de plus de 60 ans, la prévalence augmente fortement avec l'âge ; ainsi, les estimations de prévalence sont plus précises pour des tranches d'âge restreintes que pour des catégories plus larges comme « après 65 ans » (où l'âge moyen peut grandement varier en fonction de l'espérance de vie de la population en question). Pour les sous-types étiologiques pouvant survenir tout au long de la vie, les estimations de prévalence pour le TNC sont susceptibles d'être disponibles, le cas échéant, uniquement en tant que fraction des sujets qui développent un TNC parmi ceux ayant une cause précise (p. ex. lésion cérébrale traumatique, infection par le VIH).

Les estimations globales de prévalence pour la démence (qui correspond largement au TNC majeur) sont approximativement de 1-2 % à l'âge de 65 ans et s'élèvent jusqu'à 30 % vers l'âge de 85 ans ([Alzheimer's Disease International 2008](#)). La prévalence du TNC léger est très sensible à la définition du trouble, particulièrement en population générale, où les évaluations sont moins précises. De plus, à la différence des institutions cliniques, qui accueillent des personnes dont les capacités cognitives causent assez de soucis pour qu'il y ait une demande de soins et une prise de contact avec des lieux de traitement, il peut y avoir dans les cas présents en population générale un déclin moins clair par rapport au fonctionnement antérieur. Les estimations de prévalence pour une altération cognitive légère (qui correspond substantiellement au TNC léger) parmi les sujets âgés sont assez variables, allant de 2 à 10 % à l'âge de 65 ans et de 5 à 25 % vers l'âge de 85 ans ([Ward et al. 2012](#)).

Développement et évolution

L'évolution du TNC varie selon les sous-types étiologiques, et cette variation peut être utile pour le diagnostic différentiel. Certains sous-types (p. ex. ceux dus à une lésion traumatique cérébrale ou à un accident vasculaire cérébral) débutent typiquement à un moment précis et (au moins après les symptômes initiaux liés à l'inflammation

ou à l'œdème adjacent) restent stables. D'autres peuvent fluctuer dans le temps (bien que, si cela se produit, la possibilité d'un état confusionnel surajouté au TNC doive être envisagée). Les TNC dus à des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou une dégénérescence lobaire frontotemporale se caractérisent typiquement par un début insidieux et une progression lente, et le mode d'apparition des déficits cognitifs et les caractéristiques associées aident à les distinguer.

Les TNC débutant dans l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir de larges répercussions sur le développement social et intellectuel, et dans ce contexte le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) et/ou les autres troubles neurodéveloppementaux peuvent aussi être diagnostiqués pour décrire complètement le profil diagnostique et garantir l'accès à une gamme étendue de services. Chez les sujets âgés, les TNC surviennent souvent dans le contexte d'affections médicales, de fragilité, de déficit sensoriel qui compliquent la présentation clinique pour le diagnostic et le traitement.

Quand l'altération cognitive survient chez l'adulte jeune ou au milieu de la vie, les personnes et leurs familles sont susceptibles de rechercher des soins. Les TNC sont typiquement beaucoup plus faciles à identifier chez des sujets jeunes, bien que dans certains contextes la simulation ou d'autres troubles factices puissent être une préoccupation. À un âge avancé, les symptômes cognitifs peuvent ne pas être préoccupants ou passer inaperçus. Chez le sujet âgé, le TNC léger doit aussi être distingué de déficits plus modestes associés au « vieillissement normal », bien qu'une partie importante de ce qui a été attribué au vieillissement normal soit susceptible de représenter une phase prodromique de divers TNC (Wilson et al. 2010). De plus, il devient plus difficile de reconnaître un TNC léger avec l'âge à cause de la prévalence accrue d'affections médicales et de déficits sensoriels. Il devient aussi plus difficile de différencier les sous-types avec l'âge parce qu'il existe de multiples causes potentielles de déclin neurocognitif.

Facteurs de risque et pronostiques

Les facteurs de risque ne varient pas seulement selon le sous-type étiologique mais aussi selon l'âge de survenue au sein des sous-types. Certains sous-types sont observables tout au long de la vie, alors que d'autres apparaissent exclusivement ou principalement chez le sujet âgé. Même au sein des TNC apparaissant lors du vieillissement, la prévalence relative varie avec l'âge : la maladie d'Alzheimer n'est pas habituelle avant l'âge de 60 ans et sa prévalence augmente fortement par la suite, alors que la dégénérescence lobaire frontotemporale globalement moins courante a un début plus précoce et représente une fraction progressivement plus petite des TNC avec l'âge.

Génétiques et physiologiques. Le facteur de risque le plus robuste pour les TNC majeurs et légers est l'âge, principalement parce que l'âge augmente le risque de maladie neurodégénérative et cérébrovasculaire. Le sexe féminin est associé à une prévalence globale plus élevée de démence, et particulièrement de maladie d'Alzheimer, cependant cette différence est largement, mais non complètement, imputable à une plus grande longévité des femmes (Ganguli 2012).

Questions diagnostiques liées à la culture

Le niveau de conscience et de préoccupation des sujets et de leurs familles à propos des symptômes neurocognitifs peut varier selon les groupes ethniques et professionnels. Les symptômes neurocognitifs sont plus susceptibles d'être repérés, en particulier à un stade léger, chez les sujets impliqués dans des activités professionnelles, domestiques et de loisirs complexes. De plus, les normes pour l'évaluation neuropsychologique sont plutôt disponibles pour de larges populations, et il se peut donc qu'elles ne soient pas facilement applicables aux personnes n'ayant pas suivi une scolarité secondaire ou évaluées en dehors de leur propre langue ou culture.

Questions diagnostiques liées au genre

Comme l'âge, la culture et la profession, les questions liées au genre peuvent influencer le niveau de conscience et de préoccupation par rapport aux symptômes cognitifs. De plus, pour les TNC tardifs, les femmes sont susceptibles d'être plus âgées, d'avoir plus de problèmes médicaux comorbides et de vivre seules, tout cela pouvant compliquer l'évaluation et le traitement. Enfin, il existe des différences selon le sexe dans la fréquence de certains sous-types étiologiques.

Marqueurs diagnostiques

En plus d'un recueil soigneux des antécédents, les évaluations neuropsychologiques sont les éléments clés pour le diagnostic des TNC, particulièrement au stade léger, où les changements fonctionnels sont minimes et les symptômes plus subtils. Idéalement, les sujets seront orientés pour un bilan neuropsychologique standard, qui fournira une évaluation quantitative de tous les domaines cognitifs concernés et ainsi aidera au diagnostic, fournira des conseils à la famille sur les domaines pour lesquels la personne a le plus besoin d'être aidée, et servira de repérage par rapport au déclin à venir ou aux réponses aux thérapeutiques. Quand un tel bilan n'est pas disponible ou pas possible, les évaluations courtes proposées dans le [tableau 1](#) peuvent procurer un éclaircissement pour chacun des domaines. Des tests brefs de l'ensemble du statut mental peuvent être utiles mais ils sont insuffisamment sensibles, en particulier face à de modestes changements survenus dans un seul domaine ou lorsqu'il y a des compétences prémorbides élevées, et trop sensibles lorsqu'il y a des compétences prémorbides basses.

Des marqueurs diagnostiques additionnels peuvent entrer en jeu dans la distinction des sous-types étiologiques, en particulier des études de neuro-imagerie telles que l'imagerie par résonance magnétique et l'imagerie par émission de positrons. De plus, des marqueurs spécifiques peuvent être impliqués dans l'évaluation de sous-types particuliers et ils pourront éventuellement devenir plus importants en fonction des découvertes récentes, comme cela est discuté dans les paragraphes correspondants.

Retentissement fonctionnel des troubles neurocognitifs majeur et léger

Par définition, les TNC majeur et léger altèrent le fonctionnement, étant donné le rôle central des cognitions dans la vie humaine. Aussi, les critères pour ces troubles, et les seuils pour différencier le TNC léger du TNC majeur, reposent en partie sur l'évaluation fonctionnelle. Il existe dans le TNC majeur une large gamme de déficits fonctionnels, ce dont témoignent les spécifications concernant la sévérité. De plus, les fonctions spécifiques qui sont touchées peuvent aider à identifier les domaines cognitifs atteints, en particulier lorsque le bilan neuropsychologique n'est pas disponible ou difficile à interpréter.

Diagnostic différentiel

Cognition normale. Le diagnostic différentiel entre cognition normale et TNC léger, comme entre TNC léger et TNC majeur, est un enjeu car les frontières sont intrinsèquement arbitraires. Un recueil soigneux des antécédents et une évaluation objective sont pertinents dans ces distinctions. Une évaluation longitudinale utilisant des tests quantitatifs peut être un élément clé pour dépister le TNC léger.

État confusionnel. Le TNC léger, comme le TNC majeur, peut être difficile à distinguer d'un état confusionnel persistant, qui peut être comorbide. Un examen attentif de l'attention et de la conscience peut aider à faire cette distinction.

Trouble dépressif caractérisé. La distinction entre un TNC léger et un trouble dépressif caractérisé, qui peut être comorbide du TNC, peut aussi être délicate. Des schémas spécifiques de déficits cognitifs peuvent être utiles. Par exemple, des déficits nets de la mémoire et des fonctions exécutives sont typiques de la maladie d'Alzheimer, alors que des performances non spécifiques et plus variables sont vues dans la dépression. Comme autre possibilité, le traitement du trouble dépressif avec une surveillance répétée dans le temps peut être nécessaire pour faire le diagnostic.

Trouble spécifique des apprentissages et autres troubles neurodéveloppementaux. Une clarification soigneuse de l'état de base du sujet aidera à distinguer un TNC d'un trouble spécifique des apprentissages ou d'autres troubles neurodéveloppementaux. Des questionnements supplémentaires peuvent participer à la différenciation au sein des sous-types étiologiques spécifiques, comme cela est discuté dans les paragraphes correspondants.

Comorbidité

Les TNC sont fréquents chez les sujets âgés et sont souvent ainsi comorbides avec une variété importante d'affections liées à l'âge qui peuvent compliquer le diagnostic et le traitement. La plus remarquable d'entre elles est l'état confusionnel, dont le risque est augmenté en cas de TNC. Chez les sujets âgés, un état confusionnel survenant au cours d'une hospitalisation est, dans de nombreux cas, la première occasion pour que le TNC soit observé, malgré un recueil soigneux des antécédents qui mettra souvent en évidence un déclin plus ancien. Les TNC mixtes sont aussi fréquents chez les sujets âgés, du fait d'une prévalence accrue de nombreuses entités étiologiques avec l'âge. Chez les sujets plus jeunes, le TNC est souvent comorbide avec des troubles neurodéveloppementaux ; par exemple, un traumatisme crânien chez un enfant en période préscolaire peut aussi conduire à d'importants problèmes liés au développement et aux apprentissages. Une comorbidité supplémentaire du TNC est souvent en lien avec le sous-type étiologique, comme cela est discuté dans les paragraphes correspondants.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines doivent être altérés).
- C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon **une maladie d'Alzheimer possible** sera le diagnostic retenu.

- 1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
- 2. Les trois critères suivants sont présents :
 - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).

- b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
- c. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

Pour le trouble neurocognitif léger :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.

Une maladie d'Alzheimer possible est diagnostiquée si aucune mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
 2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
 3. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).
- D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer, avec perturbation du comportement, coder d'abord **331.0 (G30.9)** maladie d'Alzheimer, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer. Pour un trouble neurocognitif majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer, sans perturbation du comportement, coder d'abord **331.0 (G30.9)** maladie d'Alzheimer, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif majeur possible dû à la maladie d'Alzheimer, coder **331.9 (G31.9)** trouble neurocognitif majeur possible dû à la maladie d'Alzheimer. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie d'Alzheimer. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Pour un trouble neurocognitif léger dû à la maladie d'Alzheimer, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie d'Alzheimer. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

Au-delà du syndrome du trouble neurocognitif (TNC) (critère A), les caractéristiques principales du TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer incluent un début insidieux et une évolution progressive des symptômes cognitifs et comportementaux (critère B). La présentation typique est l'amnésie (c.-à-d. avec un déficit de la mémoire et de l'apprentissage) (Albert et al. 2011 ; McKhann et al. 2011). Des présentations non amnésiques inhabituelles, en particulier des variantes de type visuospatial ou aphasique logopénique, sont possibles. Au stade de TNC léger, la maladie d'Alzheimer se traduit typiquement par une diminution de la mémoire et de l'apprentissage, quelquefois accompagnée par des déficits des fonctions exécutives. Au stade de TNC majeur, les habiletés visuoconstructives et perceptivomotrices et le langage peuvent aussi être déficients, particulièrement quand le TNC est moyen ou sévère. Les cognitions sociales tendent à être préservées jusqu'à un stade avancé de la maladie.

Un niveau de certitude diagnostique doit être précisé donnant la maladie d'Alzheimer comme étiologie « probable » ou « possible » (critère C). Une *maladie d'Alzheimer probable* est diagnostiquée devant un TNC aussi bien léger que majeur si un gène

responsable de la maladie d'Alzheimer est mis en évidence, soit par un test génétique soit par des antécédents familiaux de transmission autosomique dominante couplés avec une confirmation par une autopsie ou un test génétique chez un membre atteint de la famille. Pour le TNC majeur, une présentation clinique typique, sans période de stabilité ni une étiologie mixte évidente, peut aussi être diagnostiquée comme en lien avec une maladie d'Alzheimer probable. Pour le TNC léger, étant donné le degré moindre de certitude que les déficits vont progresser, ces caractéristiques ne permettent de ne retenir qu'une étiologie d'Alzheimer *possible*. Si l'étiologie apparaît mixte, un TNC léger dû à de multiples étiologies doit être diagnostiqué. Dans tous les cas, pour les TNC majeur et léger dus à la maladie d'Alzheimer, les caractéristiques cliniques ne doivent pas faire évoquer une autre étiologie principale pour le TNC (critère D).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Dans les environnements cliniques spécialisés, approximativement 80 % des sujets ayant un TNC majeur dû à la maladie d'Alzheimer ont des manifestations comportementales et psychologiques ; ces caractéristiques sont aussi fréquentes au stade de TNC léger (Apostolova et Cummings 2008). Ces symptômes sont autant voire plus pénibles que les manifestations cognitives et représentent fréquemment la raison pour laquelle des soins sont sollicités. Au stade de TNC léger ou au niveau le plus léger du TNC majeur, dépression et/ou apathie sont souvent observables. Dans le TNC majeur moyennement sévère, caractéristiques psychotiques, irritabilité, agitation, hostilité et déambulation sont fréquentes. À un stade avancé de la maladie, troubles de la marche, de la déglutition, incontinence, myoclonies et crises comitiales sont observés.

Prévalence

La prévalence de la démence en général (TNC majeur) augmente progressivement avec l'âge. Dans les pays développés, elle se situe entre 5 et 10 % dans la 7^e décennie jusqu'à 25 % au moins par la suite (Ferri et al. 2005). Les estimations faites à partir des données de recensement aux États-Unis suggèrent qu'approximativement 7 % des sujets chez qui une maladie d'Alzheimer est diagnostiquée ont entre 65 et 74 ans, 53 % ont entre 75 et 84 ans, et 40 % ont 85 ans ou plus (Hebert et al. 2003). Le pourcentage des démences imputables à la maladie d'Alzheimer se situe entre 60 et 90 %, en fonction du contexte et des critères diagnostiques. Le TNC léger dû à la maladie d'Alzheimer est aussi susceptible de représenter une fraction substantielle du trouble cognitif léger (MCI) (Busse et al. 2003 ; Petersen 2011)².

Développement et évolution

Le TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer évolue progressivement, quelquefois avec des périodes de stabilisation, vers une démence sévère et la mort. La durée moyenne de survie après le diagnostic est d'approximativement 10 ans (Warner et Butler 2000), ce qui est le reflet de l'âge avancé de la majorité des sujets plutôt que celui de l'évolution de la maladie ; certains sujets peuvent vivre avec la maladie pendant une durée atteignant 20 ans. Les personnes au stade terminal finissent par devenir mutiques et grabataires. La mort, chez les individus qui survivent à toute l'évolution, résulte le plus souvent d'une fausse route. Dans le TNC léger dû à la maladie d'Alzheimer, les déficits augmentent avec le temps, et le tableau fonctionnel décline progressivement jusqu'à ce que les symptômes atteignent le seuil du diagnostic de TNC majeur.

2. NDT. En anglais : *Mild Cognitive Impairment*.

Les symptômes apparaissent souvent durant la 8^e et la 9^e décennie ; les formes de début précoce observées durant la 5^e et la 6^e décennie sont souvent en lien avec des mutations causales connues. Les symptômes et l'anatomopathologie ne diffèrent pas de façon marquée selon les âges de début. Cependant, les sujets plus jeunes sont susceptibles de survivre à toute l'évolution de la maladie, alors que les personnes âgées sont plus susceptibles d'avoir de nombreuses affections médicales comorbides qui compliquent l'évolution et la prise en charge de la maladie. La complexité du diagnostic est plus importante chez les individus âgés du fait de la probabilité accrue d'affections médicales comorbides et de pathologies mixtes.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Une lésion cérébrale traumatique augmente le risque de TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer.

Génétiques et physiologiques. L'âge est le facteur de risque le plus robuste de maladie d'Alzheimer. La susceptibilité génétique liée au polymorphisme de l'apolipoprotéine E4 augmente le risque et diminue l'âge de survenue, particulièrement chez les sujets homozygotes. Il existe aussi d'autres gènes causaux extrêmement rares de maladie d'Alzheimer (Bertram et al. 2010). Les sujets présentant une trisomie 21 (mongolisme) développent la maladie d'Alzheimer s'ils survivent jusqu'à un âge moyen. Plusieurs facteurs de risque vasculaires influencent le risque de maladie d'Alzheimer et peuvent agir en augmentant la pathologie cérébrovasculaire et aussi par des effets directs sur la neuropathologie de la maladie d'Alzheimer (Weuve et al. 2012).

Questions diagnostiques liées à la culture

Le dépistage d'un TNC peut être plus difficile dans des contextes culturels et socio-économiques où les pertes de mémoire sont considérées comme normales avec le grand âge, où les sujets âgés présentent moins de besoins cognitifs dans la vie quotidienne, ou lorsque des niveaux d'éducation très bas compliquent une évaluation cognitive objective.

Marqueurs diagnostiques

Atrophie corticale, dépôts de plaques amyloïdes extraneuronales et dégénérescences neurofibrillaires liées à la protéine tau sont les marqueurs essentiels du diagnostic neuropathologique de la maladie d'Alzheimer, qui peuvent être confirmés par un examen histopathologique post-mortem. Dans les cas avec un début précoce et une transmission autosomique dominante, une mutation sur un ou plusieurs gènes explicatifs connus de la maladie d'Alzheimer – précurseur de la protéine amyloïde (APP), préséniline 1 (PSEN1) ou préséniline 2 (PSEN2) – peut être impliquée, et un test génétique pour de telles mutations est disponible dans le commerce, au moins pour la PSEN1. L'apolipoprotéine E4 ne peut pas servir de marqueur diagnostique parce que c'est seulement un facteur de risque qui n'est ni nécessaire ni suffisant pour la survenue de la maladie.

Comme le dépôt dans le cerveau de la protéine amyloïde bêta-42 survient précocement dans la cascade physiopathologique, les tests diagnostiques reposant sur l'imagerie comme la visualisation des plaques amyloïdes par tomographie cérébrale par émission de positrons (TEP) et l'abaissement des taux d'amyloïde bêta-42 dans le liquide céphalorachidien (LCR) peuvent avoir une valeur diagnostique. Des signes d'atteinte neuronale, tels qu'une atrophie hippocampique ou corticale temporopariétale en imagerie par résonance magnétique, un hypométabolisme temporopariétal à la TEP par fluorodésoxyglucose et la mise en évidence de taux élevés de tau total et de phospho-tau dans le LCR (Jack et al. 2011) apportent des preuves de dommages neuronaux mais sont moins spécifiques de la maladie d'Alzheimer. Actuellement, ces biomarqueurs ne

sont pas complètement validés, et nombre d'entre eux ne sont disponibles que dans les centres de prise en charge de niveau 3. Cependant, il est probable que certains de ces biomarqueurs, ainsi que des nouveaux, seront plus amplement utilisés en pratique clinique dans les années à venir.

Retentissement fonctionnel du trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

L'importance des pertes de mémoire peut provoquer des difficultés significatives relativement tôt durant l'évolution. La cognition sociale (et donc le fonctionnement social) et la mémoire procédurale (p. ex. danser, jouer d'un instrument de musique) peuvent être préservées durant une longue période.

Diagnostic différentiel

Autres troubles neurocognitifs. Les TNC majeur dus à d'autres pathologies neuro-dégénératives (p. ex. maladie à corps de Lewy, dégénérescence lobaire frontotemporale) partagent avec la maladie d'Alzheimer le début insidieux et le déclin progressif mais ont des caractéristiques distinctes propres. Dans le TNC vasculaire majeur ou léger, il y a des antécédents typiques d'accidents vasculaires cérébraux reliés temporellement au début du déclin cognitif, et des micro-infarctus ou des hyperdensités de la substance blanche qui sont considérés comme suffisants pour expliquer le tableau clinique. Cependant, particulièrement lorsqu'il n'y a pas d'antécédents clairs de déclin par paliers, le TNC vasculaire majeur ou léger peut partager plusieurs caractéristiques cliniques avec la maladie d'Alzheimer.

Autres maladies concomitantes, neurologiques ou systémiques. D'autres maladies neurologiques ou systémiques doivent être envisagées s'il existe une relation temporelle et une sévérité appropriées pour expliquer le tableau clinique. Au stade de TNC léger, il peut être difficile de distinguer une étiologie en lien avec la maladie d'Alzheimer d'autres affections médicales (p. ex. troubles thyroïdiens, carence en vitamine B12).

Trouble dépressif caractérisé. Particulièrement au stade de TNC léger, le diagnostic différentiel inclut aussi la dépression caractérisée. La présence d'une dépression peut être associée à un déficit du fonctionnement quotidien et à une diminution de la concentration qui peut ressembler à un TNC mais l'amélioration ayant le traitement antidépresseur peut être utile pour permettre la distinction.

Comorbidité

La plupart des personnes ayant une maladie d'Alzheimer sont âgées et ont de multiples affections médicales qui peuvent compliquer le diagnostic et influencer l'évolution. Les TNC majeurs ou légers dus à la maladie d'Alzheimer coexistent fréquemment avec une maladie vasculaire cérébrale, qui participe à la présentation clinique. Quand une situation comorbide contribue au TNC chez un sujet ayant la maladie d'Alzheimer, un TNC dû à de multiples étiologies doit être diagnostiqué.

Trouble neurocognitif frontotemporal majeur ou léger

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Le trouble a un début insidieux et une progression graduelle.

C. Soit (1) ou (2) :

1. Variante comportementale :

a. Trois ou plus des symptômes comportementaux suivants :

- i. Désinhibition comportementale.
- ii. Apathie ou inertie.
- iii. Pertes des capacités de sympathie ou d'empathie à l'égard d'autrui.
- iv. Comportements persévérants, stéréotypés ou compulsifs/ritualisés.
- v. Hyperoralité et modifications des comportements alimentaires.

b. Important déclin de la cognition sociale et/ou des fonctions exécutives.

2. Variante verbale :

- a. Important déclin des habiletés langagières, sous la forme d'un appauvrissement du discours, d'un manque du mot, de la dénomination des objets, de la grammaire ou de la compréhension des mots.

D. Apprentissage, mémoire et fonctions perceptivomotrices relativement préservées.

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

Un trouble neurocognitif frontotemporal probable est diagnostiqué si l'un des éléments suivants est présent ; sinon **un trouble neurocognitif frontotemporal possible** sera le diagnostic retenu :

- 1. Mutation génétique responsable d'un trouble neurocognitif frontotemporal mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
- 2. Mise en évidence par la neuro-imagerie d'une atteinte disproportionnée des lobes frontaux et/ou temporaux.

Un trouble neurocognitif frontotemporal possible est diagnostiqué en l'absence de preuve d'une mutation génétique et lorsque la neuro-imagerie n'a pas été pratiquée.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, avec perturbation du comportement, coder d'abord **331.19 (G31.09)** maladie frontotemporale, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, avec perturbation du comportement. Pour un trouble neurocognitif majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, sans perturbation du comportement, coder d'abord **331.19 (G31.09)** maladie frontotemporale, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif majeur possible dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, coder **331.9 (G31.9)** trouble neurocognitif majeur possible dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour maladie frontotemporale. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Pour un trouble neurocognitif léger dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour maladie frontotemporale. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble neurocognitif (TNC) majeur ou léger frontotemporal comprend un nombre de formes syndromiques caractérisées par le développement progressif de changements du comportement et de la personnalité et/ou une altération du langage. La forme comportementale et les trois formes phasiques (sémantique, agrammatique/non fluente et logopénique) présentent des profils distincts d'atrophie cérébrale et une neuropathologie différente. Les critères doivent correspondre soit à la forme comportementale,

soit à une forme phasique pour faire le diagnostic mais de nombreux sujets présentent les caractéristiques des deux.

Les sujets avec un TNC frontotemporal majeur ou léger de forme comportementale présentent à des degrés divers une apathie et une désinhibition (Rascovsky et al. 2011). Ils peuvent présenter une perte d'intérêt dans les relations sociales, dans les soins personnels et les responsabilités, ou développer des conduites sociales inappropriées. *L'insight* est habituellement altéré, et cela retarde souvent la consultation médicale. Le premier avis est souvent demandé à un psychiatre. Les sujets peuvent développer des changements dans leurs habitudes sociales et dans leurs croyances religieuses et politiques avec des gestes répétitifs, de l'accumulation, des changements dans les habitudes alimentaires et une hyperoralité (Rabinovici et Miller 2010). Aux stades avancés, une perte du contrôle sphinctérien peut survenir. Le déclin cognitif est moins évident, et des tests structurés peuvent montrer relativement peu de déficits aux stades précoces. Les symptômes neurocognitifs habituels sont un défaut de planification et d'organisation, une distractibilité et un jugement déficient. Des troubles des fonctions exécutives, tels que de faibles performances à des tests de flexibilité mentale, de raisonnement abstrait, de contrôle inhibiteur sont observables mais apprentissage et mémoire sont relativement épargnés, et les habiletés perceptivomotrices sont presque toujours préservées aux stades précoces.

Les sujets avec un TNC frontotemporal majeur ou léger de forme aphasique présentent une aphasie progressive primaire de début graduel (Mesulam 1987), avec trois sous-types communément décrits : une forme sémantique, une forme agrammatique/non fluente et une forme logopénique (Gorno-Tempini et al. 2011 ; Josephs 2008), chaque forme ayant des caractéristiques distinctes et une neuropathologie correspondante.

Le TNC frontotemporal « probable » est distingué du « possible » par la présence de facteurs génétiques causaux (p. ex. mutations du gène codant pour la protéine tau associée aux microtubules) ou par la présence d'une atrophie particulière ou d'une réduction d'activité dans les régions frontotemporales en imagerie morphologique et fonctionnelle.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Des caractéristiques extrapyramidales peuvent être au premier plan dans certains cas, avec une association de syndromes tels que la paralysie supranucléaire progressive et la dégénérescence corticobasale. Des caractéristiques de maladie du motoneurone peuvent être présentes dans certains cas (p. ex. atrophie musculaire, faiblesse musculaire). Un sous-groupe de sujets développe des hallucinations visuelles.

Prévalence

Le TNC frontotemporal majeur ou léger est une cause fréquente de TNC à début précoce chez des sujets de moins de 65 ans. Les estimations de prévalence en population se situent entre 2 et 10 pour 100 000 (Knopman et al. 2004 ; Ratnavalli et al. 2002). Approximativement 20-25 % des cas de TNC frontotemporal surviennent chez des sujets de plus de 65 ans. Le TNC frontotemporal représente environ 5 % de tous les cas de démence dans des séries d'autopsies non sélectionnées (Rabinovici et Miller 2010). Les estimations de prévalence de la forme comportementale et la forme aphasique sémantique sont plus élevées chez les hommes, et celles de la forme aphasique non fluente sont plus hautes chez les femmes.

Développement et évolution

Le TNC frontotemporal majeur ou léger survient fréquemment chez des personnes dans la 6^e décennie de leur vie, bien que l'âge de début puisse varier de la 3^e à la 9^e décennie (Rabinovici et Miller 2010). La maladie a une évolution progressive, avec

une médiane de survie de 6 à 11 ans après le début des symptômes et de 3 à 4 ans après le diagnostic. La survie est plus courte et le déclin est plus rapide dans le TNC frontotemporal majeur ou léger que dans la maladie d'Alzheimer typique.

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. Approximativement 40 % des sujets présentant un TNC frontotemporal majeur ou léger ont des antécédents familiaux de TNC de début précoce, et environ 10 % ont un profil d'hérédité autosomique dominante. Un certain nombre de facteurs génétiques ont été identifiés, tels que des mutations sur le gène codant pour la protéine tau associée aux microtubules (MAPT)³, le gène de la granuline (GRN) et le gène C9ORF72. Un certain nombre de familles avec des mutations connues a été identifié (cf. « Marqueurs diagnostiques » pour ce trouble) mais certains sujets avec une transmission familiale avérée n'ont pas de mutation connue. La présence d'une maladie du motoneurone est associée à une détérioration plus rapide.

Marqueurs diagnostiques

La tomодensitométrie (scanner) et l'imagerie par résonance magnétique peuvent montrer des profils particuliers d'atrophie. Dans le TNC frontotemporal majeur ou léger de forme comportementale, à la fois les lobes frontaux (précisément les lobes frontomédians) et les lobes temporaux antérieurs sont atrophiés. Dans le TNC frontotemporal majeur ou léger de forme aphasique sémantique, les lobes temporaux médians, inférieurs et antérieurs sont atrophiés de façon bilatérale mais asymétrique, avec une prédominance à gauche. Le TNC frontotemporal majeur ou léger de forme aphasique non fluente est associé à une atrophie prédominante dans la région fronto-insulaire postérieure gauche. Le TNC frontotemporal majeur ou léger de forme logopénique est associé à une atrophie à prédominance périsylvienne ou pariétale postérieure gauche (Gorno-Tempini et al. 2011 ; Josephs 2008). L'imagerie fonctionnelle montre une hypoperfusion et/ou un hypométabolisme cortical dans les régions cérébrales correspondantes, qui peuvent être présents dans les stades précoces en l'absence d'anomalies morphologiques. Des biomarqueurs émergents pour la maladie d'Alzheimer (p. ex. les taux dans le liquide céphalo-rachidien de bêta-amyloïde et de tau, et l'imagerie des plaques amyloïdes) peuvent aider au diagnostic différentiel mais la distinction avec la maladie d'Alzheimer peut s'avérer difficile (la forme logopénique est en fait souvent une manifestation de la maladie d'Alzheimer).

Dans les cas familiaux de TNC frontotemporal, l'identification des mutations génétiques peut aider à confirmer le diagnostic. Les mutations associées au TNC frontotemporal incluent les gènes codant pour la protéine tau associée aux microtubules (MAPT) et la granuline (GRN), C9ORF72, la protéine de 43 kDa se liant à l'ADN sur l'élément de réponse de transactivation (TDP-43 ou TARDBP), la protéine contenant de la valosine (VCP), la protéine 2B modifiant la chromatine (CHMP2B) et la protéine fusionnée dans le sarcome (FUS).

Retentissement fonctionnel du trouble neurocognitif frontotemporal majeur ou léger

À cause de l'âge de début relativement précoce, ce trouble perturbe l'activité professionnelle et la vie familiale. Du fait de l'altération du langage et/ou des comportements, le fonctionnement est souvent plus sévèrement altéré relativement tôt durant l'évolution. Chez les sujets présentant une forme comportementale, il peut y avoir, avant la clarification diagnostique, d'importantes perturbations familiales, et des problèmes légaux

3. NDT. *Microtubule-Associated Protein Tau*.

et professionnels à cause de conduites sociales inappropriées. Le déficit fonctionnel en lien avec les modifications comportementales et le dysfonctionnement du langage, qui peuvent inclure une hyperoralité, des déambulations impulsives et d'autres conduites désinhibées, peut de loin dépasser celui en rapport avec les perturbations cognitives, ce qui peut conduire à un placement en maison de retraite ou à une institutionnalisation. Ces comportements peuvent être sévèrement perturbateurs, même dans les environnements de soins structurés, particulièrement lorsque les sujets sont par ailleurs en bonne santé, robustes et exempts d'autres comorbidités médicales.

Diagnostic différentiel

Autres troubles neurocognitifs. Les autres maladies neurodégénératives peuvent être distinguées du TNC frontotemporal majeur ou léger par leurs caractéristiques spécifiques. Dans le TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer, le déclin de la mémoire et de l'apprentissage est une caractéristique précoce. Cependant, chez 10 à 30 % des patients se présentant avec un syndrome suggérant un TNC frontotemporal majeur ou léger, on retrouve à l'autopsie une neuropathologie de maladie d'Alzheimer. Cela survient plus fréquemment chez les sujets qui se présentent avec des syndromes dysexécutifs progressifs en l'absence de troubles du comportement ou de troubles du mouvement, ou chez ceux ayant une forme logopénique (Johnson et al. 1999 ; Mesulam et al. 2008).

En cas de TNC majeur ou léger dû à une maladie à corps de Lewy, les principales caractéristiques évoquant cette affection doivent être présentes. Dans le TNC majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson, un parkinsonisme spontané émerge bien avant le déclin cognitif. Dans le TNC vasculaire majeur ou léger, en fonction des régions cérébrales touchées, il peut aussi y avoir une perte des fonctions exécutives et des changements comportementaux comme de l'apathie, et ce trouble doit être pris en considération dans le diagnostic différentiel. Cependant, une histoire typique d'accident vasculaire cérébral est temporellement reliée au début du déclin cognitif dans le TNC vasculaire majeur ou léger, et la neuro-imagerie révèle des micro-infarctus ou des hyperdensités de la substance blanches suffisants pour rendre compte du tableau clinique.

Autres affections neurologiques. Il existe un chevauchement entre le TNC frontotemporal majeur ou léger et la paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence corticobasale et la maladie du motoneurone, aussi bien cliniquement que sur le plan neuropathologique. La paralysie supranucléaire progressive est caractérisée par une paralysie de la verticalité du regard et par un parkinsonisme à prédominance axiale. Des signes pseudobulbaires peuvent être présents, et une rétropulsion est souvent franche. L'évaluation neurocognitive montre un ralentissement psychomoteur, une mémoire de travail appauvrie et un dysfonctionnement exécutif. La dégénérescence corticobasale se présente avec une rigidité asymétrique, une apraxie de la marche, une instabilité posturale, des myoclonies, des phénomènes du membre fantôme et un déficit sensoriel cortical. De nombreux sujets ayant un TNC frontotemporal majeur ou léger de forme comportementale présentent des caractéristiques d'une maladie du motoneurone, pathologie mixte qui a tendance à impliquer les motoneurons centraux et aussi de façon prédominante les motoneurons spinaux ou périphériques.

Autres troubles mentaux et autres affections médicales. Un TNC frontotemporal majeur ou léger de forme comportementale peut être confondu avec un trouble mental primaire, tel qu'une dépression caractérisée, des troubles bipolaires ou une schizophrénie, et les patients souffrant de cette forme se présentent souvent initialement en psychiatrie. Avec le temps, le développement progressif des difficultés neurocognitives aidera à faire la distinction. Une évaluation médicale soigneuse permettra d'exclure les causes curables de TNC telles que des troubles métaboliques, des carences nutritionnelles et des infections.

Trouble neurocognitif majeur ou léger avec corps de Lewy

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Le trouble a un début insidieux et une progression graduelle.
- C. Le trouble comporte une combinaison de caractéristiques diagnostiques cardinales et évocatrices pour un trouble neurocognitif avec corps de Lewy probable ou possible.

Pour un trouble neurocognitif majeur ou léger probable avec corps de Lewy, la personne présente deux caractéristiques diagnostiques cardinales, ou une caractéristique diagnostique évocatrice avec une ou plusieurs caractéristiques cardinales.

Pour un trouble neurocognitif majeur ou léger possible avec corps de Lewy, la personne présente seulement une caractéristique diagnostique cardinale, ou une ou plusieurs caractéristiques diagnostiques évocatrices.

1. Caractéristiques diagnostiques cardinales :
 - a. Fluctuations du fonctionnement cognitif avec des variations prononcées de l'attention et de la vigilance.
 - b. Hallucinations visuelles répétées, bien construites et détaillées.
 - c. Signes spontanés de parkinsonisme avec un début subséquent au développement de l'atteinte cognitive.
2. Caractéristiques diagnostiques évocatrices :
 - a. Les critères du trouble du comportement en sommeil paradoxal sont remplis.
 - b. Hypersensibilité sévère aux neuroleptiques.
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur probable avec corps de Lewy, avec perturbation du comportement, coder d'abord **331.82 (G31.83)** maladie à corps de Lewy, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur probable avec corps de Lewy, avec perturbation du comportement. Pour un trouble neurocognitif majeur probable avec corps de Lewy, sans perturbation du comportement, coder d'abord **331.82 (G31.83)** maladie à corps de Lewy, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur probable avec corps de Lewy, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif majeur possible avec corps de Lewy, coder **331.9 (G31.9)** trouble neurocognitif majeur possible avec corps de Lewy. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie avec corps de Lewy. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Pour un trouble neurocognitif léger avec corps de Lewy, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie avec corps de Lewy. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble neurocognitif majeur ou léger avec corps de Lewy (TNCL), dans le cas du trouble neurocognitif (TNC) majeur, correspond à la situation connue sous le nom de démence avec corps de Lewy (DCL) (McKeith et al. 1996). Ce trouble n'inclut pas seulement un déclin cognitif progressif (avec des changements précoces de l'attention complexe et des fonctions exécutives plutôt que de l'apprentissage et de la mémoire) mais aussi des hallucinations visuelles complexes récurrentes, des symptômes concomitants du trouble du comportement en sommeil paradoxal (qui peut être une manifestation très précoce),

aussi bien que des hallucinations dans les autres modalités sensorielles, de la dépression et des idées délirantes. Les symptômes fluctuent selon un modèle qui ressemble à un état confusionnel mais aucune cause adéquate sous-jacente ne peut être trouvée (McKeith et al. 1996 ; McKeith et al. 1999 ; McKeith et al. 2005). La présentation variable des symptômes du TNCCL réduit la probabilité que tous les symptômes puissent être observés lors d'une brève consultation et nécessite une évaluation approfondie des observations des proches. L'utilisation d'échelles d'évaluation conçues spécifiquement pour repérer cette fluctuation peut aider au diagnostic. Une autre caractéristique majeure est un parkinsonisme spontané, qui doit débiter après le début du déclin cognitif ; par convention, les déficits cognitifs majeurs sont observés au moins 1 an avant les symptômes moteurs. Le parkinsonisme doit aussi être distingué de signes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques. Un diagnostic exact est essentiel pour assurer un traitement sans danger car pas moins de 50 % des sujets ayant un TNCCL ont une hypersensibilité aux neuroleptiques et ces médicaments doivent être utilisés avec une extrême précaution dans la prise en charge des manifestations psychotiques (McKeith et al. 1992).

Le diagnostic de TNCCL léger est adapté chez les individus qui présentent les symptômes cardinaux ou évocateurs à un stade où les déficits cognitifs et fonctionnels n'ont pas la sévérité suffisante pour remplir les critères d'un TNC majeur. Cependant, comme pour tous les TNC légers, les arguments seront souvent insuffisants pour retenir une étiologie précise, et l'utilisation d'un diagnostic non spécifié est alors plus appropriée.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les patients ayant un TNCCL présentent fréquemment des chutes et des syncopes répétées, ainsi que des épisodes transitoires de perte de conscience inexpliquée. Une dysautonomie, marquée par une hypotension orthostatique et une incontinence urinaire, peut être observée. Des hallucinations auditives ainsi que d'autres hallucinations non visuelles sont fréquentes, comme le sont les idées délirantes systématisées, les identifications erronées délirantes et la dépression (McKeith et al. 2005).

Prévalence

Le faible nombre disponible d'estimations de la prévalence en population du TNCCL la situe entre 0,1 et 5 % chez les sujets âgés, et de 1,7 à 30,5 % de toutes les causes de démence (Zaccai et al. 2005). Dans des séries d'autopsies dans des banques de cerveaux, les lésions pathologiques identifiées comme des corps de Lewy sont présentes dans 20 à 35 % des cas de démence (Ferman et Boeve 2007). Le ratio homme/femme est approximativement de 1,5/1.

Développement et évolution

Le TNCCL est un trouble progressif graduel avec un début insidieux. Cependant, il y a souvent une histoire prodromique d'épisodes confusionnels de début aigu, souvent précipités par une maladie ou une intervention chirurgicale. La distinction entre le TNCCL, dans lequel les corps de Lewy ont primitivement une localisation corticale, et le TNC majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson, dans lequel la neuropathologie est primitivement dans les ganglions de la base, repose sur l'ordre dans lequel les symptômes cognitifs et moteurs apparaissent (Lippa et al. 2007). Dans le TNCCL, le déclin cognitif se manifeste tôt dans l'évolution de la maladie, au moins un an avant la survenue des symptômes moteurs (cf. « Diagnostic différentiel » pour ce trouble). L'évolution de la maladie peut être caractérisée par des stabilisations occasionnelles mais progresse finalement vers une démence sévère et la mort. La durée moyenne de survie est de 5-7 ans dans des séries cliniques (McKeith et al. 2004). Le début des symptômes est typiquement observé de la 6^e à la 9^e décennie de la vie, la majorité des cas débutant vers l'âge de 75 ans (McKeith et al. 2005).

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. Une agrégation familiale peut exister, et plusieurs gènes à risque ont été identifiés ([McKeith et al. 2005](#)) mais dans la plupart des cas de TNCCL il n'a pas d'antécédents familiaux.

Marqueurs diagnostiques

La maladie neurodégénérative sous-jacente est primitivement une synucléinopathie due à un défaut de pliage et à une agrégation de l'alphasynucléine. Un bilan cognitif, au-delà de l'utilisation d'un instrument bref de dépistage, peut être nécessaire pour définir clairement les déficits. Les échelles d'évaluation développées pour mesurer les fluctuations peuvent être utiles. Les troubles du comportement en sommeil paradoxal éventuellement associés peuvent être diagnostiqués à travers une étude formelle du sommeil ou identifiés en questionnant le patient ou son entourage sur les symptômes pertinents. L'hypersensibilité aux neuroleptiques (avec un test médicamenteux) n'est pas recommandée comme marqueur diagnostique mais éveille la suspicion si elle survient. Une caractéristique diagnostique évocatrice est une recapture faible de la dopamine par son transporteur en région striatale, mise en évidence en tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou par tomographie par émission de positrons (PET). D'autres marqueurs cliniques potentiellement utiles incluent la relative préservation des structures médio-temporales sur la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau, une activité faible du transporteur de la dopamine en régions striatales en SPECT et en PET, une diminution généralisée de la perfusion en SPECT et en PET avec une activité occipitale réduite, une scintigraphie myocardique au MIBG anormale (utilisation abaissée) suggérant une dénervation sympathique, et une activité électroencéphalographique avec prédominance d'ondes lentes et aussi des ondes épisodiques en région temporale ([McKeith et al. 2000](#) ; [McKeith et al. 2005](#)).

Retentissement fonctionnel du trouble neurocognitif majeur ou léger avec corps de Lewy

Les sujets ayant un TNCCL sont plus atteints sur le plan fonctionnel que ce qui serait attendu par rapport à leurs déficits cognitifs quand on les compare aux individus ayant d'autres maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer. Cela résulte largement des déficits moteurs et dysautonomiques, qui provoquent des incidents durant la toilette, les déplacements et la prise d'aliments ([McKeith et al. 2006](#)). Des troubles du sommeil et des symptômes psychiatriques importants peuvent aussi participer aux difficultés fonctionnelles. En conséquence, la qualité de vie des sujets ayant un TNCCL est souvent significativement plus mauvaise que celle des personnes ayant une maladie d'Alzheimer.

Diagnostic différentiel

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson. Une caractéristique clé dans le diagnostic différentiel est la séquence temporelle selon laquelle le parkinsonisme et le TNC apparaissent. Pour le TNC dû à la maladie de Parkinson, le sujet doit développer un déclin cognitif dans le contexte d'une maladie de Parkinson bien établie ; par convention, le déclin ne doit pas avoir atteint le stade de TNC majeur avant au moins 1 an après le diagnostic de Parkinson. Si moins d'une année s'est écoulée depuis le début des symptômes moteurs, le diagnostic est un TNCCL ([Lippa et al. 2007](#) ; [McKeith et al. 2004](#) ; [McKeith et al. 2005](#)). Cette distinction est plus claire au degré de TNC majeur qu'à celui de TNC léger.

La chronologie et la séquence du parkinsonisme et du TNC léger peuvent être plus difficiles à déterminer car le début et la présentation clinique peuvent être ambigus, et un TNC léger non spécifié doit être diagnostiqué si les autres caractéristiques principales sont absentes.

Comorbidité

La pathologie à corps de Lewy coexiste fréquemment avec la maladie d'Alzheimer et une pathologie vasculaire cérébrale, particulièrement chez les sujets très âgés. Dans la maladie d'Alzheimer, il existe une pathologie synucléinique concomitante dans 60 % des cas (si les cas limités aux amygdales sont inclus) (McKeith et al. 2005). En général, l'anatomopathologie montre un taux plus élevé de corps de Lewy chez les sujets avec une démence que chez les sujets âgés sans démence.

Trouble neurocognitif vasculaire majeur ou léger

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Les caractéristiques cliniques sont compatibles avec une étiologie vasculaire, comme cela est suggéré par l'un des deux éléments suivants :
 - 1. La survenue des déficits cognitifs est en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires.
 - 2. Mise en évidence d'un déclin notable de l'attention complexe (incluant la rapidité de traitement) et des fonctions exécutives frontales.
- C. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen clinique et/ou la neuro-imagerie de la présence d'une maladie cérébrovasculaire considérée comme suffisante pour expliquer les déficits neurocognitifs.
- D. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie cérébrale ou un trouble systémique.

Un trouble neurocognitif vasculaire probable est diagnostiqué si l'un des éléments suivants est présent ; sinon **un trouble neurocognitif vasculaire possible** sera le diagnostic retenu :

- 1. Les critères cliniques sont étayés par la mise en évidence par neuro-imagerie d'atteintes parenchymateuses significatives imputables à une maladie cérébrovasculaire (preuve par la neuro-imagerie).
- 2. Le syndrome neurocognitif est en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires avérés.
- 3. Mise en évidence à la fois clinique et génétique de la présence d'une maladie cérébrovasculaire (p. ex. artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et leucoencéphalopathie).

Un trouble neurocognitif vasculaire possible est diagnostiqué lorsque les critères cliniques sont présents mais que la neuro-imagerie n'est pas disponible et que la relation temporelle directe avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires n'est pas établie.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif vasculaire majeur probable, avec perturbation du comportement, coder **290.40 (F01.51)**. Pour un trouble neurocognitif vasculaire majeur probable, sans perturbation du comportement, coder **290.40 (F01.50)**. Pour un trouble neurocognitif vasculaire majeur possible, avec ou sans perturbation du comportement, coder **331.9 (G31.9)**. Un code médical additionnel pour la maladie cérébrovasculaire n'est pas nécessaire. Pour un trouble neurocognitif vasculaire léger, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser un code additionnel pour la maladie vasculaire. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

Le diagnostic de trouble neurocognitif (TNC) vasculaire majeur ou léger nécessite un TNC avéré (critère A) et l'établissement du fait qu'une maladie cérébrovasculaire est la pathologie dominante, si ce n'est la seule, qui explique les déficits cognitifs (critères B et C). L'étiologie vasculaire va de l'accident vasculaire de gros vaisseaux à la microangiopathie ; la présentation est donc très hétérogène, découlant des types de lésions vasculaires et de leur extension et localisation (Román et al. 1993). Les lésions peuvent être focales, multifocales ou diffuses et survenir selon diverses combinaisons (Jellinger 2008).

De nombreux sujets avec un TNC vasculaire majeur ou léger présentent de multiples infarctus avec un déclin cognitif par à-coups ou fluctuant, et des périodes intercurrentes de stabilisation et même des améliorations (Hachinski et al. 1975). D'autres peuvent avoir une apparition progressive avec une évolution lente, un développement rapide de déficits suivi par une relative stabilité, ou une autre présentation complexe. Le TNC vasculaire majeur ou léger avec une apparition progressive et une évolution lente est généralement en lien avec une maladie des petits vaisseaux conduisant à des lésions dans la substance blanche, les ganglions de la base et/ou le thalamus. La progression graduelle dans ces cas-là est souvent ponctuée par des événements aigus qui conduisent à des déficits neurologiques subtils. Les déficits cognitifs peuvent être attribués à la déconnexion des circuits cortico-sous-corticaux, et l'attention complexe, particulièrement la vitesse de traitement de l'information, et les fonctions exécutives sont susceptibles d'être altérées (Román et al. 2002).

L'évaluation de la présence d'une maladie cérébrovasculaire suffisante repose sur les antécédents, l'examen clinique et la neuro-imagerie (critère C). La certitude étiologique nécessite la démonstration d'anomalies sur la neuro-imagerie. L'absence de neuro-imagerie peut entraîner un défaut de diagnostic significatif par ignorance d'un infarctus cérébral ou de lésions de la substance blanche « silencieux » cliniquement. Cependant, si le déficit neurocognitif est lié dans le temps avec un ou plusieurs accidents vasculaires cérébraux bien documentés, un diagnostic probable doit être fait en l'absence de neuro-imagerie. La mise en évidence clinique d'une maladie cérébrovasculaire repose sur des antécédents documentés d'accident vasculaire, avec un déclin cognitif temporellement lié à l'événement, ou des signes physiques en relation avec l'accident vasculaire cérébral (p. ex. hémiparésie, syndrome pseudobulbaire, déficit du champ visuel). Des éléments probants d'affection cérébrovasculaire en neuro-imagerie (imagerie par résonance magnétique [IRM] ou tomomodensitométrie [TDM]) comprennent un ou plusieurs des éléments suivants : un ou plusieurs infarctus ou hémorragies des gros vaisseaux, un infarctus ou une hémorragie unique dans une localisation stratégique (p. ex. dans le gyrus angulaire, le thalamus, la base du prosencéphale), deux ou plusieurs infarctus lacunaires en dehors du tronc cérébral, ou des lésions extensives et confluentes de la substance blanche. Ces dernières lésions sont souvent dénommées *maladie des petits vaisseaux* ou *modifications ischémiques sous-corticales* dans les comptes rendus de neuro-imagerie.

Pour le TNC vasculaire léger, un antécédent d'accident vasculaire cérébral unique ou une maladie étendue de la substance blanche est généralement suffisant. Pour le TNC vasculaire majeur, deux ou plusieurs accidents vasculaires cérébraux, un accident vasculaire cérébral dans une localisation stratégique, ou une combinaison d'une maladie de la substance blanche et d'une ou plusieurs lacunes est généralement nécessaire.

Le trouble ne doit pas être mieux expliqué par une autre affection. Par exemple, un déficit mnésique prédominant survenant précocement peut faire suggérer une maladie d'Alzheimer, des caractéristiques précoces et prédominantes de parkinsonisme peuvent faire évoquer une maladie de Parkinson, et une association étroite entre le début et une dépression peut faire évoquer une dépression.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Une évaluation neurologique révèle souvent des antécédents d'accident vasculaire cérébral et/ou d'épisodes ischémiques transitoires, et des signes cliniques indiquant des infarctus cérébraux. Des modifications de la personnalité et de l'humeur, une aboulie, une dépression et une labilité émotionnelle sont aussi communément associées. Le développement de symptômes dépressifs de survenue tardive accompagnés d'un ralentissement psychomoteur et de troubles des fonctions exécutives est une présentation fréquente chez les sujets âgés ayant une maladie ischémique progressive des petits vaisseaux (« dépression vasculaire »).

Prévalence

Le TNC vasculaire majeur ou mineur est la deuxième cause la plus fréquente de TNC après la maladie d'Alzheimer (Neuropathology Group 2001). Aux États-Unis, les estimations de prévalence en population générale pour la démence vasculaire vont de 0,2 % dans le groupe des personnes ayant 65 à 70 ans jusqu'à 16 % chez les sujets de 80 ans et plus. Dans les 3 mois suivant un accident vasculaire cérébral, 20-30 % des sujets ont un diagnostic de démence. Dans des séries anatomopathologiques, la prévalence de la démence vasculaire augmente de 13 % à l'âge de 70 ans à 44,6 % à l'âge de 90 ans ou plus, en comparaison avec la maladie d'Alzheimer (23,6-51 %) et la combinaison démence vasculaire et maladie d'Alzheimer (2-46,4 %) (Jellinger et Attems 2010). Une prévalence plus élevée que chez les blancs a été rapportée chez les Afro-Américains, et la prévalence est également plus élevée en Asie de l'Est (p. ex. Japon, Chine). La prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Jorm et al. 1987).

Développement et évolution

Le TNC vasculaire majeur ou léger peut survenir à tout âge, bien que sa prévalence augmente de façon exponentielle après l'âge de 65 ans. Chez les sujets âgés, des pathologies surajoutées peuvent participer partiellement aux déficits neurocognitifs. L'évolution peut varier d'un début aigu suivi d'une amélioration partielle, à un déclin par à-coups, ou à un déclin progressif avec des fluctuations et des périodes de stabilité de durées variables. Le TNC vasculaire sous-cortical pur majeur ou léger peut avoir une évolution lentement progressive qui ressemble à un TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Les conséquences neurocognitives d'une lésion vasculaire cérébrale sont influencées par des facteurs reliés à la neuroplasticité tels que l'éducation, l'exercice physique et l'activité intellectuelle.

Génétiques et physiologiques. Les principaux facteurs de risque du TNC vasculaire majeur ou léger sont les mêmes que ceux de la maladie cérébrovasculaire, incluant l'hypertension, le diabète, le tabagisme, l'obésité, des taux élevés de cholestérol, des taux élevés d'homocystéine, d'autres facteurs de risque d'athérosclérose et d'artériosclérose, la fibrillation auriculaire et d'autres situations augmentant le risque d'embolie cérébrale. L'angiopathie cérébrale amyloïde est un important facteur de risque où des dépôts amyloïdes surviennent à l'intérieur de vaisseaux artériels. Un autre facteur de risque clé est l'artériopathie cérébrale héréditaire autosomique dominante avec des infarctus sous-corticaux et une leucoencéphalopathie, ou CADASIL⁴.

4. NDT. Cerebral Autosomal-Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarct and Leukoencephalopathy.

Marqueurs diagnostiques

La neuro-imagerie morphologique, utilisant l'IRM ou le scanner, a un rôle important dans le processus diagnostique. Il n'y a pas d'autres biomarqueurs établis de TNC vasculaire majeur ou léger.

Retentissement fonctionnel du trouble neurocognitif majeur ou léger

Le TNC vasculaire majeur ou léger est communément associé à des déficits physiques qui provoquent une invalidité supplémentaire.

Diagnostic différentiel

Autres troubles neurocognitifs. Dans la mesure où des infarctus cérébraux fortuits et des lésions de la substance blanche sont fréquents chez les sujets âgés, il est important de considérer les autres étiologies possibles quand un TNC est présent. Des antécédents de troubles mnésiques survenant tôt dans l'évolution et une aggravation progressive de la mémoire, du langage, des fonctions exécutives, des habiletés perceptivomotrices en l'absence de lésions focales correspondantes sur l'imagerie cérébrale font évoquer une maladie d'Alzheimer comme premier diagnostic. Les potentiels biomarqueurs actuellement validés pour la maladie d'Alzheimer, tels que les taux de bêta-amyloïde et de tau phosphorylé dans le liquide céphalorachidien et l'imagerie des plaques amyloïdes peuvent être très utiles dans le diagnostic différentiel. Le TNC avec corps de Lewy se distingue du TNC vasculaire majeur ou léger par ses principales caractéristiques : fluctuation du fonctionnement cognitif, hallucinations visuelles et parkinsonisme spontané. Bien que des déficits des fonctions exécutives et du langage surviennent dans le TNC vasculaire majeur ou léger, le début insidieux et une progression graduelle des caractéristiques comportementales ou de la diminution du langage sont spécifiques du TNC frontotemporal et ne sont pas typiques d'une étiologie vasculaire.

Autres affections médicales. Un diagnostic de TNC vasculaire majeur ou léger n'est pas fait si d'autres maladies (p. ex. tumeur cérébrale, sclérose en plaques, encéphalite, trouble toxiques ou métaboliques) sont présentes et d'une sévérité suffisante pour expliquer l'altération cognitive.

Autres troubles mentaux. Un diagnostic de TNC vasculaire majeur ou léger est inapproprié si les symptômes peuvent être entièrement attribués à un état confusionnel, bien que ce dernier puisse parfois se superposer au TNC vasculaire majeur ou léger préexistant, situation dans laquelle les deux diagnostics peuvent être faits. Si les critères d'un trouble dépressif caractérisé sont présents et si le déficit cognitif est relié dans le temps au début probable de la dépression, un TNC vasculaire majeur ou léger ne doit pas être diagnostiqué. Cependant, si le TNC a précédé le développement de la dépression ou si la sévérité du déficit cognitif est hors de proportion avec la sévérité de la dépression, les deux diagnostics doivent être portés.

Comorbidité

Un TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer est fréquemment comorbide avec un TNC vasculaire majeur ou léger, situation où les deux diagnostics doivent être faits. TNC vasculaire majeur ou léger et dépression sont fréquemment comorbides.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une lésion cérébrale traumatique

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Mise en évidence d'une lésion cérébrale traumatique, c'est-à-dire d'un impact sur la tête ou d'un autre mécanisme d'ébranlement rapide ou de déplacement du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne, avec au moins un des éléments suivants :
 - 1. Perte de connaissance.
 - 2. Amnésie post-traumatique.
 - 3. Désorientation et confusion.
 - 4. Signes neurologiques (p. ex. lésion décelable en neuro-imagerie, apparition récente de crises comitiales, aggravation marquée d'une comitialité préexistante, amputation du champ visuel, anosmie, hémiparésie).
- C. Le trouble neurocognitif est observé immédiatement après la survenue de la lésion cérébrale traumatique ou immédiatement après la reprise de la conscience et persiste au-delà la période aigüe post-traumatique.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, avec perturbation du comportement : Pour la CIM-9-MC, coder d'abord **907.0** effet tardif d'une lésion intracrânienne sans fracture du crâne, puis **294.11** trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, avec perturbation du comportement. Pour la CIM-10-MC, coder d'abord **S06.2X9S** séquelles d'une lésion cérébrale traumatique diffuse avec perte de connaissance de durée non déterminée, puis **F02.81** trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, avec perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, sans perturbation du comportement : Pour la CIM-9-MC, coder d'abord **907.0** effet tardif d'une lésion intracrânienne sans fracture du crâne, puis **294.10** trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, sans perturbation du comportement. Pour la CIM-10-MC, coder d'abord **S06.2X9S** séquelles d'une lésion cérébrale traumatique diffuse avec perte de connaissance de durée non déterminée, puis **F02.80** trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif léger dû à une lésion cérébrale traumatique, coder **331.83 (G31.84)**. (N.B. : Ne pas utiliser le code additionnel pour une lésion cérébrale traumatique. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Spécifications

Évaluer la sévérité du trouble neurocognitif (TNC) et non pas la lésion cérébrale traumatique sous-jacente (cf. « Développement et évolution » pour ce trouble).

Caractéristiques diagnostiques

Un TNC majeur ou léger dû à une lésion cérébrale traumatique (LCT) est causé par un impact sur la tête ou d'autres mécanismes d'ébranlement rapide ou de déplacement du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne, comme cela peut arriver dans les syndromes d'effet de souffle (Ropper et Gorson 2007). Une lésion cérébrale traumatique est définie comme un trauma cérébral avec des caractéristiques spécifiques qui incluent au moins l'une des manifestations suivantes : perte de conscience, amnésie post-traumatique, désorientation et confusion ou, dans les cas les plus sévères, signes neurologiques (p. ex.

imagerie cérébrale positive, nouvel épisode comitial ou aggravation marquée d'une pathologie comitiale préexistante, amputation du champ visuel, anosmie, hémiparésie) (critère B). Pour être imputable à la LCT, le TNC doit être présent soit immédiatement après la survenue du traumatisme cérébral, soit immédiatement après que l'individu a retrouvé sa conscience après le traumatisme et persiste au-delà de la période post-traumatique aiguë (critère C).

La présentation cognitive est variable. Les difficultés dans les domaines de l'attention complexe, des fonctions exécutives, de l'apprentissage et de la mémoire sont fréquentes ainsi qu'un ralentissement dans la vitesse de traitement de l'information et des perturbations dans la cognition sociale. Dans les LCT plus sévères dans lesquelles il y a une contusion cérébrale, une hémorragie intracrânienne ou une lésion pénétrante, il peut exister des déficits neurocognitifs supplémentaires tels qu'une aphasie, une négligence ou une dyspraxie constructive.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Un TNC majeur ou léger dû à une LCT peut s'accompagner de perturbations de la fonction émotionnelle (p. ex. irritabilité, intolérance à la frustration, tension et anxiété, labilité affective), de modifications de la personnalité (p. ex. désinhibition, apathie, méfiance, agressivité), de troubles physiques (p. ex. céphalées, fatigue, troubles du sommeil, vertiges ou étourdissements, acouphènes ou hyperacousie, photosensibilité, anosmie, tolérance réduite aux médicaments psychotropes) et, en particulier dans les LCT plus sévères, de symptômes et de signes neurologiques (p. ex. crises comitiales, hémiparésie, troubles visuels, atteintes des nerfs crâniens) et de signes de lésions orthopédiques.

Prévalence

Aux États-Unis, 1,7 million de LCT surviennent chaque année, avec pour conséquence 1,4 million de visites dans les services d'urgence, 275 000 hospitalisations et 52 000 décès. Environ 2 % de la population vit avec un handicap associé à une LCT. Cinquante-neuf pour cent des LCT aux États-Unis surviennent chez des sujets de sexe masculin. Les étiologies les plus communes de LCT aux États-Unis sont des chutes, des accidents de la circulation et des coups sur la tête. Les collisions et les chocs sur la tête qui surviennent au cours de sports de contact sont de plus en plus souvent reconnus comme sources de LCT légères avec la crainte que des LCT légères répétées puissent avoir des séquelles persistantes par effets cumulatifs ([McAllister et al. 2012](#)).

Développement et évolution

La sévérité de la LCT est évaluée au moment de la lésion/évaluation initiale comme légère, moyenne ou grave en fonction des seuils fixés dans le [tableau 2](#).

L'évaluation de la sévérité de la lésion cérébrale traumatique elle-même ne correspond pas nécessairement à la sévérité du TNC qui en résulte. Le cours du rétablissement de la LCT est variable, dépendant non seulement des spécificités de la lésion

Tableau 2. Cotation de la sévérité de la lésion cérébrale traumatique

Caractéristiques de la lésion	LCT légère	LCT moyenne	LCT grave
Perte de conscience	< 30 minutes	30 minutes – 24 heures	> 24 heures
Amnésie post-traumatique	< 24 heures	24 heures – 7 jours	> 7 jours
Désorientation et confusion lors de l'évaluation initiale (score de Glasgow)	13-15 (pas moins de 13 à la 30 ^e minute)	9-12	3-8

mais aussi de cofacteurs tels que l'âge, des antécédents de traumatisme cérébral ou d'abus de substances qui peuvent favoriser ou faire obstacle au rétablissement.

Les symptômes neurocomportementaux tendent à être les plus sévères dans les suites immédiates de la LCT. En dehors des cas de LCT sévère, l'évolution typique est celle d'une amélioration complète ou substantielle sur le plan des signes neurocognitifs, neurologiques et des symptômes et risques psychiatriques associés. Les symptômes neurocognitifs associés avec une LCT légère tendent à se résoudre dans les jours ou les semaines suivant la lésion avec typiquement une résolution complète dans les 3 mois (Institute of Medicine 2008 ; Rohling et al. 2011). D'autres symptômes qui peuvent potentiellement survenir en même temps que les symptômes neurologiques (p. ex. dépression, irritabilité, fatigue, céphalées, photosensibilité, troubles du sommeil) tendent également à se résoudre dans les semaines qui suivent une LCT légère. Une détérioration substantielle survenant par la suite dans ces différents domaines doit amener à considérer des diagnostics additionnels (McCrea et al. 2009 ; Vasterling et Dikmen 2012). Cependant, des LCT légères répétées peuvent être associées à un trouble neurocognitif persistant (McAllister et al. 2012).

Avec les LCT moyennes et sévères, en plus des déficits neurocognitifs persistants, on peut voir associées des complications neurophysiologiques, émotionnelles et comportementales (Institute of Medicine 2008). Celles-ci incluent crises comitiales (particulièrement durant la 1^{re} année), photosensibilité, hyperacousie, irritabilité, agressivité, dépression, troubles du sommeil, fatigue, apathie, incapacité de reprendre un fonctionnement professionnel et social au niveau antérieur à la lésion et détérioration dans les relations interpersonnelles. Les LCT moyennes et sévères ont été associées à un risque accru de dépression, d'agressivité et éventuellement de maladies neurodégénératives telle que la maladie d'Alzheimer.

Les caractéristiques d'un TNC majeur ou léger persistant dû à une LCT varient en fonction de l'âge, des spécificités de la lésion et de cofacteurs. Une atteinte persistante liée à une LCT chez un nourrisson ou un enfant peut se traduire par des retards dans l'atteinte des étapes développementales (p. ex. acquisition du langage), des résultats scolaires qui se dégradent et éventuellement un développement social altéré. Chez les adolescents plus âgés et les adultes, les symptômes persistants peuvent inclure des déficits neurocognitifs variés, une irritabilité, une hypersensibilité à la lumière et aux bruits, une fatigabilité accrue et des modifications de l'humeur incluant dépression, anxiété, hostilité ou apathie. Chez des sujets plus âgés avec réserve cognitive diminuée, une LCT légère peut entraîner un rétablissement incomplet.

Facteurs de risque et pronostiques

Facteurs de risque de lésion cérébrale traumatique. Les taux de LCT varient avec l'âge, avec une prévalence plus forte chez les sujets de moins de 4 ans, les adolescents plus âgés et les sujets de plus de 65 ans. Les chutes sont la cause la plus fréquente de LCT, suivies par les accidents de la voie publique (AVP). Les traumatismes sportifs sont des causes fréquentes de LCT chez les enfants plus âgés, les adolescents et les jeunes adultes.

Facteurs de risque de trouble neurocognitif après une lésion cérébrale traumatique. Des commotions répétées peuvent conduire à un TNC persistant avec des signes neuropathologiques probants d'encéphalopathie traumatique (Baugh et al. 2012). L'association d'une intoxication par une substance peut aggraver la sévérité de la LCT lors d'un AVP mais on ne sait pas si une intoxication au moment de la lésion aggrave l'évolution neurocognitive.

Facteurs modifiant l'évolution. Une LCT légère se résout généralement en quelques semaines ou mois (Rohling et al. 2011) ; cependant la résolution peut être retardée ou incomplète dans le contexte de LCT répétées. Un pronostic plus péjoratif lors d'une

LCT moyenne à sévère est associé avec un âge plus élevé (plus de 40 ans) et des paramètres cliniques initiaux comme un score de coma de Glasgow bas, une fonction motrice altérée, une absence de réactivité pupillaire et des manifestations de LCT en tomodensitométrie (p. ex. hémorragies pétéchiales, hémorragie sous-arachnoïdienne, déplacement de la ligne frontale, oblitération du 3^e ventricule).

Marqueurs diagnostiques

Au-delà des tests neuropsychologiques, l'examen tomodensitométrique peut révéler des hémorragies pétéchiales, une hémorragie sous-arachnoïdienne ou des signes de contusion. L'IRM peut aussi révéler des hyperdensités suggérant des microhémorragies.

Retentissement fonctionnel d'un trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une lésion cérébrale traumatique

Dans le cas d'un TNC léger dû à une LCT, la personne peut rapporter une efficacité cognitive réduite, des difficultés de concentration et une capacité diminuée à exécuter les activités usuelles. Avec un TNC majeur dû à une LCT, le sujet peut avoir des difficultés d'autonomie dans la vie quotidienne et dans les soins pour lui-même. Des caractéristiques neuromotrices marquées, comme une incoordination sévère, une ataxie et un ralentissement moteur peuvent être présentes dans le TNC majeur dû à une LCT et peuvent s'ajouter aux difficultés fonctionnelles. Les sujets ayant des antécédents de LCT rapportent plus de symptômes dépressifs et cela peut amplifier les plaintes cognitives et altérer le pronostic fonctionnel (Kim et al. 2007). De surcroît, une perte de contrôle émotionnel incluant une agressivité ou des affects inappropriés et une apathie peuvent être présents après une LCT plus sévère avec des atteintes neurocognitives plus importantes. Ces caractéristiques peuvent aggraver les difficultés dans la vie quotidienne et les soins personnels.

Diagnostic différentiel

Dans certains cas, la sévérité des symptômes neurocognitifs peut apparaître comme sans rapport avec la sévérité de la lésion cérébrale traumatique. Après avoir éliminé des complications neurologiques non détectées (p. ex. hématome chronique), la possibilité de diagnostics tels qu'un trouble à symptomatologie somatique ou un trouble factice peut éventuellement être envisagée. Un trouble stress post-traumatique peut survenir avec le TNC et présenter des symptômes communs (p. ex. difficulté de concentration, humeur dépressive, comportement agressif et désinhibition).

Comorbidité

Chez des personnes présentant des troubles de l'usage de substances, les effets neurocognitifs de la substance contribuent aux modifications neurocognitives liées à la LCT ou les aggravent. Quelques symptômes associés avec la LCT peuvent se chevaucher avec des symptômes retrouvés dans les cas de trouble stress post-traumatique et les deux troubles peuvent survenir conjointement, en particulier chez les militaires.

Trouble neurocognitif majeur ou léger induit par une substance/un médicament

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Les altérations cognitives ne surviennent pas exclusivement pendant une phase d'état confusionnel (delirium) et persistent au-delà de la durée habituelle de l'intoxication ou du sevrage aigu.

- C. La substance ou le médicament impliqué, ainsi que la durée et l'importance de leur usage, sont capables de produire l'altération neurocognitive.
- D. L'évolution temporelle des déficits neurocognitifs concorde avec la période d'usage et d'abstinence de la substance ou du médicament (p. ex. les déficits restent stables ou s'améliorent après une période d'abstinence).
- E. Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Note de codage : Les codes CIM-9-MC et CIM-10-MC pour les troubles neurocognitifs induits par [une substance/un médicament spécifique] sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Noter que le code CIM-10-MC dépend de la présence ou non d'un éventuel trouble comorbide de l'usage d'une substance de la même classe. Si un trouble de l'usage léger d'une substance est comorbide avec un trouble neurocognitif induit par cette substance, le caractère en 4^e position est « 1 », et le clinicien doit retenir le diagnostic de « trouble de l'usage léger [d'une substance] » avant celui de trouble neurocognitif induit par la substance (p. ex. « trouble de l'usage léger d'une substance inhalée avec trouble neurocognitif majeur induit par une substance inhalée »). Si un trouble de l'usage d'une substance de sévérité moyenne à grave est comorbide avec un trouble neurocognitif induit par la substance, le caractère en 4^e position est « 2 », et le clinicien doit retenir le diagnostic de « trouble de l'usage moyen [d'une substance] » ou « trouble de l'usage grave [d'une substance] », selon la sévérité du trouble comorbide de l'usage d'une substance. En l'absence de trouble comorbide de l'usage d'une substance, le caractère en 4^e position est « 9 », et le clinicien doit seulement retenir le trouble neurocognitif induit par une substance. Pour certaines classes de substances (p. ex. alcool, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques), il n'est pas permis de coder un trouble comorbide de l'usage léger d'une substance avec un trouble neurocognitif induit par la substance ; seulement un trouble comorbide de l'usage moyen à grave d'une substance ou aucun trouble de l'usage d'une substance peuvent être diagnostiqués. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.

	CIM-9-MC	CIM-10-MC		
		Avec un trouble léger de l'usage d'une substance	Avec un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance	Sans trouble de l'usage d'une substance
Alcool (trouble neurocognitif majeur), type non amnésique-confabulatoire	291.2	NA	F10.27	F10.97
Alcool (trouble neurocognitif majeur), type amnésique-confabulatoire	291.1	NA	F10.26	F10.96
Alcool (trouble neurocognitif léger)	291.89	NA	F10.288	F10.988
Substance inhalée (trouble neurocognitif majeur)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Substance inhalée (trouble neurocognitif léger)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988

Suite

	CIM-9-MC	CIM-10-MC		
		Avec un trouble léger de l'usage d'une substance	Avec un trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance	Sans trouble de l'usage d'une substance
Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif majeur)	292.82	NA	F13.27	F13.97
Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif léger)	292.89	NA	F13.288	F13.988
Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif majeur)	292.82	F19.17	F19.27	F19.97
Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif léger)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Spécifier si :

Persistant : L'altération neurocognitive continue à être significative après une période d'abstinence prolongée.

Procédures d'enregistrement

CIM-9-MC. Le nom du trouble neurocognitif induit par une substance/un médicament commence avec la substance/le médicament spécifique (p. ex. l'alcool) présumé(e) être la cause des symptômes neurocognitifs. Le code diagnostique est sélectionné à partir du tableau inclus dans l'ensemble de critères, qui repose sur la classe de substances. Pour les substances qui ne rentrent dans aucune des classes, le code pour « autres substances » doit être utilisé. Dans les cas où une substance est considérée comme étant un facteur étiologique mais où la classe spécifique de la substance est inconnue, la catégorie « substance inconnue » doit être utilisée.

Le nom du trouble (c.-à-d. trouble neurocognitif majeur induit par [une substance spécifique]/trouble neurocognitif léger induit par [une substance spécifique]) est suivi par le type dans le cas de l'alcool (p. ex. type confabulatoire non amnésique, type confabulatoire amnésique), puis par une spécification de durée (p. ex. persistant). À la différence des procédures d'enregistrement pour la CIM-10-MC qui combinent le trouble induit par une substance/un médicament et le trouble lié à l'usage de substances dans un seul code, pour la CIM-9-MC un code diagnostique séparé est donné pour le trouble lié à l'usage de substances. Par exemple, dans le cas de symptômes d'amnésie confabulatoire persistants chez un homme présentant un trouble lié à l'usage d'alcool grave, le diagnostic est 291.1 trouble neurocognitif majeur induit par l'alcool type amnésique/confabulatoire, persistant. Un diagnostic additionnel de 303.90 trouble lié à l'usage d'alcool grave est aussi donné. Si le trouble neurocognitif induit par l'usage de substance/médicament survient sans un trouble comorbide de l'usage de substances (p. ex. après une utilisation épisodique de substances inhalées), aucun trouble de l'usage de substance associé n'est noté (p. ex. 292.82 trouble neurocognitif léger induit par des substances inhalées).

CIM-10-MC. Le nom du trouble neurocognitif induit par une substance/un médicament commence avec la substance spécifique (p. ex. l'alcool) présumée être la cause des symptômes neurocognitifs. Le code diagnostique est sélectionné à partir du tableau inclus dans l'ensemble de critères, qui repose sur la classe de drogues et la présence ou l'absence d'un trouble lié à l'usage de substance comorbide. Pour les substances qui ne rentrent dans aucune des classes, le code pour « autres substances » doit être utilisé. Dans les cas où une substance est considérée comme un facteur étiologique mais où la classe spécifique de substance est inconnue, la catégorie « substance inconnue » doit être utilisée.

Lorsqu'on enregistre le nom du trouble, le trouble lié à l'usage de substance comorbide (s'il existe) figure en premier, suivi du mot « avec », puis par le nom du trouble (p. ex. trouble neurocognitif majeur induit par [une substance spécifique] ou trouble neurocognitif léger induit par [une substance spécifique]) suivi par le type dans le cas de l'alcool (p. ex. type confabulatoire non amnésique, type confabulatoire amnésique), puis par une spécification de durée (p. ex. persistant). Par exemple, dans le cas de symptômes persistants confabulatoires et amnésiques chez un homme avec un trouble lié à l'usage d'alcool grave, le diagnostic est F10.26 trouble lié à l'usage d'alcool grave avec trouble neurocognitif grave induit par l'alcool, type confabulatoire amnésique, persistant. Un diagnostic séparé de trouble lié à l'usage d'alcool grave comorbide n'est pas donné. Si le trouble neurocognitif induit par une substance survient sans abus de substance comorbide (p. ex. après une utilisation épisodique de substances inhalées) aucun trouble lié à l'usage de substance n'est noté (p. ex. F18.988 trouble neurocognitif léger induit par des substances inhalées).

Caractéristiques diagnostiques

Un TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament est caractérisé par des altérations neurocognitives qui persistent au-delà de la durée habituelle de l'intoxication et du sevrage aigu (critère B). Initialement, ces manifestations peuvent refléter un rétablissement lent des fonctions cérébrales à partir d'une période d'utilisation prolongée de substance, et des améliorations sur le plan neurocognitif ainsi que d'indicateurs en imagerie cérébrale peuvent être observées pendant plusieurs mois (Grant et al. 1987 ; Monnig et al. 2012 ; Rourke et Grant 2009). Si le trouble se maintient sur une période prolongée, le terme persistant doit être spécifié. La substance en cause et son utilisation doivent être connues comme capables de causer les altérations observées (critère C). Alors que des altérations non spécifiques dans un ensemble de capacités cognitives peuvent survenir avec pratiquement toute substance donnant lieu à abus et une variété de médicaments, certains aspects surviennent plus fréquemment avec des classes de médicaments précises. Ainsi, un TNC dû à des médicaments sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (p. ex. benzodiazépines, barbituriques) peut comprendre de plus grandes perturbations dans la mémoire que dans d'autres fonctions cognitives. Un TNC induit par l'alcool se manifeste fréquemment par un ensemble d'altérations dans les fonctions exécutives, la mémoire et les domaines d'apprentissage. L'évolution dans le temps du TNC induit par une substance doit être cohérente avec celle de l'utilisation de la substance en question (critère D). Dans le TNC induit par l'alcool à type d'amnésie confabulatoire (Korsakoff), les caractéristiques incluent une amnésie prédominante (difficulté sévère dans l'acquisition de nouvelles informations avec oubli rapide) et une tendance à la confabulation. Ces manifestations peuvent survenir en association avec des signes d'encéphalopathie liée à la thiamine (encéphalopathie de Wernicke) avec des caractéristiques associées telles que nystagmus et ataxie. L'ophtalmoplégie de l'encéphalopathie de Wernicke est typiquement caractérisée par une para-

lysie du regard latéral. En plus des symptômes neurocognitifs les plus communs en rapport avec l'utilisation de méthamphétamine (p. ex. difficultés d'apprentissage et de mémoire, des fonctions exécutives) ou de façon indépendante, l'utilisation de méthamphétamine peut aussi être associée avec des manifestations de lésion vasculaire (p. ex. parésie focale, trouble de la coordination unilatérale, asymétrie des réflexes). Le profil neurocognitif le plus commun ressemble à celui observé dans le TNC vasculaire.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le TNC de durée intermédiaire induit par des drogues avec des effets dépressifs sur le système nerveux central peut se manifester par des symptômes additionnels d'irritabilité accrue, d'anxiété, de troubles du sommeil et de dysphorie. Un TNC de durée intermédiaire induit par des drogues stimulantes peut se manifester par une dépression de rebond, une hypersomnie et une apathie. Dans les formes graves de trouble neurocognitif majeur induit par une substance/un médicament (p. ex. associé avec l'utilisation chronique d'alcool) on peut observer des caractéristiques neuromotrices prédominantes comme des troubles de la coordination, une ataxie et un ralentissement moteur. Il peut également exister une perte de contrôle émotionnel incluant des affects inappropriés ou agressifs, ou une apathie.

Prévalence

La prévalence de ces troubles n'est pas connue. Des chiffres de prévalence pour l'usage de substances sont disponibles et le TNC léger induit par une substance/un médicament survient plus fréquemment chez les sujets plus âgés, ayant une utilisation prolongée et d'autres facteurs de risque comme des déficits nutritionnels (Stavro et al. 2012). Pour l'abus d'alcool, le taux de TNC léger de durée intermédiaire est approximativement de 30 à 40 % dans les 2 premiers mois d'abstinence (Rourke et Grant 2009). Un TNC léger peut persister, en particulier chez ceux qui ne parviennent pas à une abstinence stable avant l'âge de 50 ans. Un TNC majeur est rare et peut résulter de déficits nutritionnels concomitants comme dans le TNC amnésique et confabulatoire induit par l'alcool. Pour les sujets qui arrêtent la cocaïne, la méthamphétamine, les opiacés, la phencyclidine et les sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques (Gonzalez et al. 2009), un TNC léger induit par une substance/un médicament de durée intermédiaire peut survenir dans un tiers des cas ou plus, et il existe quelques données en faveur d'une association de ces substances avec un TNC léger persistant (Scott et al. 2007). Le TNC majeur associé avec ces substances est rare voire inexistant. Dans le cas de la méthamphétamine, une maladie cérébrovasculaire peut survenir, occasionnant des lésions cérébrales diffuses ou focalisées qui peuvent avoir une expression neurocognitive majeure ou légère. L'exposition aux solvants a été associée à un TNC majeur ou léger de durée soit intermédiaire soit persistante (Dingwall et Cairney 2011). La présence de TNC induit par le cannabis et différents hallucinogènes est controversée. Avec le cannabis, l'intoxication s'accompagne de diverses perturbations neurocognitives mais elles tendent à disparaître avec l'abstinence (Grant et al. 2003 ; Pope et al. 2001).

Développement et évolution

Les troubles de l'usage de substances débutent généralement durant l'adolescence et culminent dans les 3^e et 4^e décennies. Bien que des antécédents prolongés de trouble lié à l'usage de substances graves soient associés à une plus grande probabilité de TNC, leurs liens ne sont pas simples, et un rétablissement substantiel voire complet des fonctions neurocognitives peut être courant chez des sujets qui sont parvenus à une abstinence stable avant l'âge de 50 ans. Un TNC majeur ou léger induit par une substance/un

médicament a plus de risque de devenir persistant chez les individus qui continuent l'usage de substance au-delà de 50 ans, probablement en raison de l'association d'une plasticité neuronale diminuée et du début d'autres modifications cérébrales liées à l'âge. Un début plus précoce d'abus, en particulier d'alcool, peut conduire par la suite à des déficits du développement neuronal (p. ex. des phases de maturation plus tardives des circuits frontaux), ce qui peut avoir des effets sur la cognition sociale comme sur d'autres capacités neurocognitives. Pour le TNC induit par l'alcool, il peut exister des effets supplémentaires liés à l'âge et des lésions cérébrales induites par l'alcool.

Facteurs de risque et pronostiques

Les facteurs de risque pour les troubles neurocognitifs induits par une substance/un médicament incluent un âge plus avancé, une utilisation prolongée et une utilisation qui persiste au-delà de 50 ans. De plus, pour le TNC induit par l'alcool, des déficits nutritionnels prolongés, une atteinte hépatique, des facteurs de risque vasculaire, une maladie cardiovasculaire et cérébrovasculaire peuvent contribuer au risque.

Marqueurs diagnostiques

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) chez des sujets présentant un abus chronique d'alcool révèle fréquemment un amincissement cortical, une perte de substance blanche et un élargissement des ventricules et des sillons. Alors que des anomalies en neuro-imagerie sont plus fréquentes chez ceux qui présentent des TNC, il est possible d'observer des TNC sans anomalies en neuro-imagerie et *vice-versa*. Des techniques spécialisées (p. ex. imagerie par tenseur de diffusion) peuvent révéler des dommages dans certaines régions de la substance blanche. La spectroscopie par résonance magnétique peut révéler une réduction de N-acétylaspartate et une augmentation des marqueurs d'inflammation (p. ex. myo-inositol) ou des atteintes de la substance blanche (p. ex. choline). Une grande partie des modifications en imagerie cérébrale et des manifestations neurocognitives peut disparaître à la suite d'une abstinence réussie. Chez les sujets avec un trouble lié à l'utilisation de méthamphétamine, l'IRM peut aussi révéler des hyperdensités suggérant des microhémorragies ou des zones plus larges d'infarctus cérébral.

Retentissement fonctionnel du trouble neurocognitif majeur ou léger induit par une substance/un médicament

Les conséquences fonctionnelles du TNC léger induit par une substance/un médicament sont fréquemment accrues par une efficacité cognitive diminuée et des difficultés de concentration qui vont au-delà de ce qui est vu dans d'autres TNC. De plus, dans les cas majeurs et légers, des TNC induits par une substance/un médicament peuvent être associés à des syndromes moteurs qui augmentent le niveau d'atteinte fonctionnelle.

Diagnostic différentiel

Les sujets qui présentent un trouble lié à l'usage de substances, une intoxication par une substance et un sevrage d'une substance présentent un risque accru d'autres troubles qui peuvent, de façon indépendante ou par effet aggravant, avoir pour résultat un trouble neurocognitif. Cela inclut des antécédents de lésions cérébrales traumatiques et les infections qui peuvent accompagner un trouble lié à l'usage de substances (p. ex. VIH, virus de l'hépatite C, syphilis). En conséquence, la présence d'un TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament doit être différenciée des TNC qui surviennent en dehors du contexte d'usage de substance, d'intoxication et de sevrage tout en incluant ces affections associées (p. ex. lésion cérébrale traumatique).

Comorbidité

Les troubles liés à l'usage d'une substance, l'intoxication par une substance et le sevrage d'une substance présentent fréquemment des comorbidités avec d'autres troubles mentaux (Compton et al. 2007). Un trouble stress post-traumatique, des troubles psychotiques, des troubles dépressifs et bipolaires, des troubles neurodéveloppementaux peuvent contribuer à l'atteinte neurocognitive chez les consommateurs de substances. Une lésion cérébrale traumatique survient plus fréquemment avec l'usage de substance, ce qui complique la détermination de l'étiologie du TNC dans ces cas (Corrigan et al. 2012 ; West 2011). Un trouble lié à l'usage d'alcool prolongé et grave peut être associé avec des pathologies des principaux organes et systèmes, notamment une maladie cérébrovasculaire et une cirrhose. Un TNC induit par une amphétamine peut s'accompagner de TNC vasculaires majeurs ou légers également secondaires à l'utilisation d'amphétamine.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une infection par le VIH

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a une infection confirmée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- C. Le trouble neurocognitif n'est pas mieux expliqué par une autre affection médicale non-VIH, y compris des maladies cérébrales secondaires telles qu'une leucoencéphalopathie multifocale progressive ou une méningite à cryptocoques.
- D. Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliqué par un trouble mental.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une infection par le VIH, avec perturbation du comportement, coder d'abord **042 (B20)** infection par le VIH, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur dû à une infection par le VIH, avec perturbation du comportement. Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une infection par le VIH, sans perturbation du comportement, coder d'abord **042 (B20)** infection par le VIH, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur dû à une infection par le VIH, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif léger dû à une infection par le VIH, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour une infection par le VIH. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

La maladie causée par une infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) est contractée par exposition à des fluides corporels d'une personne infectée par des injections liées à l'utilisation de drogue, un contact sexuel non protégé ou une exposition accidentelle ou iatrogène (p. ex. apport sanguin contaminé, lésion par piqûre d'aiguille chez le personnel médical). Le VIH infecte différents types de cellules, plus particulièrement les cellules immunitaires. Dans la durée l'infection peut entraîner une déplétion sévère en lymphocytes « T auxiliaires » (CD4) ce qui a pour conséquence une immunodépression sévère, conduisant souvent à des infections opportunistes et à des cancers. Cette forme avancée d'infection par le VIH est appelée syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). Le diagnostic de VIH est confirmé par des méthodes de laboratoires établies comme une méthode immunoenzymatique pour les anticorps VIH avec confirmation *Western Blot* et/ou une réaction en chaîne par polymérase pour

le VIH. Certains sujets ayant une infection par le VIH développent un TNC qui montre généralement un « profil sous-cortical » avec des fonctions exécutives atteintes de façon prédominante, un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, des problèmes avec les tâches attentionnelles les plus contraignantes et une difficulté à acquérir de nouvelles informations mais moins de problèmes avec le rappel d'informations acquises. Dans le TNC majeur, le ralentissement peut être prédominant. Des difficultés de langage, comme une aphasie, ne sont pas courantes même si des réductions de la fluence verbale peuvent être observées. Les processus pathogènes du VIH peuvent affecter toutes les parties du cerveau ; par conséquent d'autres aspects sont possibles ([Antinori et al. 2007](#) ; [Woods et al. 2009](#)).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Un TNC majeur ou léger dû à l'infection par le VIH est en général plus prévalent chez des sujets qui ont eu de précédents épisodes d'immunosuppression sévère, des charges virales élevées dans le liquide céphalorachidien et des indicateurs de maladie avancée comme une anémie ou hypoalbuminémie. Les sujets ayant un TNC évolué peuvent présenter des caractéristiques neuromotrices prédominantes comme un trouble de la coordination sévère, une ataxie et un ralentissement moteur. Il peut exister une perte de contrôle émotionnel incluant une agressivité, des affects inappropriés ou une apathie.

Prévalence

Selon le stade de l'infection, environ un tiers à la moitié des sujets infectés par le VIH ont au moins une perturbation neurocognitive légère mais certaines de ces perturbations peuvent ne pas remplir totalement les critères de TNC léger. On estime que 25 % des sujets malades d'une infection par le VIH ont des signes et des symptômes qui remplissent les critères pour un TNC léger et que dans moins de 5 % des cas, les critères pour un TNC majeur sont remplis ([Heaton et al. 2010](#)).

Développement et évolution

Un TNC dû à l'infection par le VIH peut se résoudre, s'améliorer, s'aggraver lentement ou avoir une évolution fluctuante. Une progression rapide vers une altération neurocognitive profonde est rare dans le contexte d'association de traitements antiviraux actuellement disponibles ; en conséquence un changement d'état mental brutal chez un sujet avec le VIH peut amener à la recherche d'autres origines médicales pour ce TNC, incluant des infections secondaires. Comme l'infection par le VIH atteint préférentiellement des régions sous-corticales au long de l'évolution de la maladie, notamment la substance blanche profonde, la progression de la maladie suit un « profil sous-cortical ». Cependant, le VIH peut affecter différentes régions du cerveau, et la maladie peut prendre de nombreuses trajectoires différentes selon les comorbidités associées et les conséquences du VIH. L'évolution globale d'un TNC dû à l'infection par le VIH est donc très hétérogène. Un profil neurocognitif sous-cortical peut interagir avec l'âge tout au long de la vie ; un ralentissement psychomoteur et des atteintes motrices, comme une démarche ralentie, peuvent apparaître comme conséquence d'autres maladies liées à l'âge, ce qui fait que la progression globale peut apparaître plus prononcée chez le sujet âgé. Dans les pays développés, l'infection par le VIH est essentiellement une pathologie des adultes acquise à travers des comportements à risques (p. ex. relations sexuelles non protégées, utilisation de drogues par injection) commençant à la fin de l'adolescence et culminant chez l'adulte jeune ou au sommet de ses capacités. Dans les pays en développement, particulièrement en Afrique subsaharienne, où les tests pour le VIH et les traitements antirétroviraux pour les femmes enceintes ne sont pas disponibles,

une transmission périnatale est fréquente. Le TNC chez ces nourrissons et chez ces enfants peut se présenter essentiellement comme un retard neurodéveloppemental. Comme les sujets traités pour le VIH peuvent survivre jusqu'à un âge avancé, des effets interactifs et additifs du VIH et de l'âge incluant d'autres TNC (p. ex. dus à la maladie d'Alzheimer ou à la maladie de Parkinson) sont possibles.

Facteurs de risque et pronostiques

Facteurs de risque et pronostiques pour l'infection par le VIH. Les facteurs de risque pour l'infection par le VIH incluent l'utilisation de drogues par injection, les rapports sexuels non protégés, les apports sanguins contaminés et d'autres facteurs iatrogènes.

Facteurs de risque et pronostiques pour un trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une infection par le VIH. De façon paradoxale, le TNC dû à l'infection par le VIH n'a pas diminué de façon significative avec l'apparition du traitement par association antirétrovirale même si les aspects cliniques les plus sévères (compatibles avec un diagnostic de TNC majeur) ont diminué nettement (Heaton et al. 2010). Des facteurs contributifs peuvent inclure un contrôle inadéquat du VIH dans le système nerveux central (SNC), l'évolution de variétés virales résistantes au traitement, les effets à long terme d'une inflammation systémique et cérébrale chronique et les effets de facteurs comorbides comme l'âge, l'abus de substances, des antécédents de traumatisme du SNC et des co-infections comme avec le virus de l'hépatite C. Une exposition chronique aux médicaments antirétroviraux peut aussi soulever la possibilité d'une neurotoxicité, même si cela n'a pas été établi de manière définitive (Kaul 2009).

Marqueurs diagnostiques

Un test sérologique VIH est requis pour le diagnostic. De plus, une caractérisation du VIH dans le liquide céphalorachidien peut être utile si elle révèle une charge virale élevée de façon disproportionnée par rapport au plasma. L'imagerie cérébrale (p. ex. imagerie par résonance magnétique [IRM]) peut révéler une réduction du volume cérébral total, un amincissement cortical, une réduction de volume de la substance blanche et des zones diffuses d'anomalie de la substance blanche (hyperdensité). L'IRM ou la ponction lombaire peuvent être utiles pour exclure des affections médicales spécifiques comme une infection au cryptocoque ou une encéphalite herpétique qui peuvent contribuer aux modifications du SNC dans le contexte du sida. Des techniques spécialisées comme l'imagerie par tenseur de diffusion peuvent révéler des dommages dans des zones spécifiques de substance blanche.

Retentissement fonctionnel d'un trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une infection par le VIH

Les conséquences fonctionnelles d'un TNC majeur ou léger dû à une infection par le VIH sont variables selon les individus. Ainsi, des fonctions exécutives altérées et un ralentissement du traitement de l'information peuvent interférer de manière substantielle avec les décisions complexes nécessaires à la prise en charge de la maladie, requises pour l'observance d'un traitement par association antirétrovirale. La probabilité de maladie comorbide peut entraîner d'autres conséquences fonctionnelles.

Diagnostic différentiel

En présence de comorbidités comme d'autres infections (p. ex. virus de l'hépatite C, syphilis) ou un abus de substances (p. ex. abus de méthamphétamine) ou des antécédents de lésions à la tête ou d'affections neurodéveloppementales, un TNC majeur ou léger dû à une infection par le VIH peut être diagnostiqué à condition de démontrer

que l'infection par le VIH a aggravé un TNC dû à l'une de ces affections préexistante ou comorbide. Chez les sujets plus âgés, il peut être nécessaire de distinguer la survenue d'un déclin neurocognitif dû à une maladie cérébrovasculaire ou neurodégénérative (p. ex. un TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer). En général un état neurocognitif stable, fluctuant (sans progression) ou s'améliorant serait en faveur d'une étiologie VIH alors qu'une détérioration progressive ou par étapes suggérerait une étiologie neurodégénérative ou vasculaire. Comme une immunodéficience plus sévère peut avoir pour résultat des infections cérébrales opportunistes (p. ex. toxoplasmose, cryptococcose) et un néoplasme (p. ex. un lymphome du système nerveux central), la survenue soudaine d'un TNC ou l'aggravation soudaine de ce trouble requiert une recherche active d'une étiologie autre que le VIH.

Comorbidité

L'infection par le VIH s'accompagne d'une inflammation chronique systémique et neurologique qui peut être associée à une maladie cérébrovasculaire et à un syndrome métabolique. Ces complications peuvent faire partie de l'étiologie d'un TNC majeur ou léger dû à l'infection par le VIH. Le VIH survient fréquemment avec des affections telles que les troubles liés à l'utilisation de substances quand la substance a été injectée, et avec d'autres maladies sexuellement transmissibles.

Trouble neurocognitif majeur et léger dû à une maladie à prions

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression rapide de l'altération est habituelle.
- C. Il existe des signes moteurs de maladie à prions, tels que des myoclonies ou une ataxie, ou la preuve apportée par un marqueur biologique.
- D. Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliqué par un trouble mental.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une maladie à prions, avec perturbation du comportement, coder d'abord **046.79 (A81.9)** maladie à prions, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur dû à une maladie à prions, avec perturbation du comportement. Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une maladie à prions, sans perturbation du comportement, coder d'abord **046.79 (A81.9)** maladie à prions, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur dû à une maladie à prions, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif léger dû à une maladie à prions, coder **331.83 (G31.84)**. **(N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour une maladie à prions. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

La catégorie du TNC majeur ou léger dû à une maladie à prions regroupe les TNC dus à un groupe d'encéphalopathies spongiformes subaiguës (incluant la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le Kuru, le syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker et l'insomnie fatale) causées par des agents transmissibles connus sous le nom de prions. Le type le plus commun est la maladie sporadique de Creutzfeldt-Jakob, typiquement connue comme maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ). La variante de la MCJ est beaucoup plus rare et elle est associée à la transmission de

l'encéphalopathie bovine spongiforme, également appelée « maladie de la vache folle » (Ironsides 2012). Typiquement, les sujets souffrant d'une MCJ présentent des déficits neurocognitifs, une ataxie et des mouvements anormaux comme des myoclonies, une chorée ou une dystonie ; un réflexe de tressaillement est aussi fréquent. Typiquement, des antécédents révèlent une progression rapide vers un TNC majeur sur une période de 6 mois et ainsi le trouble est en général observé à un stade grave. Cependant, de nombreux sujets présentant ce trouble peuvent avoir des présentations atypiques et la maladie ne peut être confirmée que par la biopsie ou à l'autopsie. Les sujets avec la variante de MCJ peuvent présenter plus de symptômes psychiatriques au premier plan du tableau clinique, notamment une humeur dépressive, un repli et une anxiété (Heath et al. 2010). Typiquement, la maladie à prions n'est pas diagnostiquée sans au moins l'un des marqueurs biologiques spécifiques que sont les lésions identifiées en imagerie par résonance magnétique (IRM) pondérée par diffusion (DWI)⁵ ou en IRM en atténuation récupération (FLAIR)⁶, ou des protéines tau ou 14-3-3 dans le liquide céphalorachidien, des ondes triphasiques caractéristiques à l'électroencéphalogramme ou, pour des formes familiales rares, des antécédents familiaux ou des tests génétiques.

Prévalence

L'incidence annuelle de la MCJ sporadique est approximativement d'un ou deux cas par million d'individus (Ladogana et al. 2005). La prévalence n'est pas connue mais elle est très basse compte tenu de la brève durée de survie.

Développement et évolution

La maladie à prions peut apparaître à tout âge chez les adultes. Le pic d'âge pour la MJC sporadique est approximativement de 67 ans, bien qu'il ait été rapporté qu'elle survient chez des sujets allant de l'adolescence au sujet âgé. Les symptômes prodromiques de maladie à prions peuvent inclure une fatigue, une anxiété, des problèmes d'appétit ou de sommeil ou des difficultés de concentration. Après plusieurs semaines, ces symptômes peuvent être suivis par des troubles de la coordination, des troubles de la vision, une démarche anormale ou d'autres mouvements qui peuvent être myocloniques, choréoathétosiques, balliques, en étant accompagnés d'une démence rapidement progressive. La maladie progresse typiquement très vite jusqu'à un niveau majeur d'incapacité en plusieurs mois. Plus rarement, elle peut progresser sur une période de 2 ans et apparaître similaire dans son évolution à d'autres TNC.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Des transmissions d'infections à prions entre espèces, avec des agents qui sont très proches de la forme humaine ont été démontrées (p. ex. la survenue d'encéphalopathies spongiformes bovines induisant la variante de MCJ au Royaume-Uni pendant les années quatre-vingt-dix). La transmission par transplantation cornéenne et par injection de facteur de croissance humain a été démontrée et des cas anecdotiques de transmissions à des personnes travaillant dans le domaine de la santé ont été rapportés.

Génétiques et physiologiques. Il existe une composante génétique dans près de 15 % des cas, associée à une mutation à transmission autosomique dominante (Brown et Mastrianni 2010).

5. NDT. *Diffusion-Weighted Imaging*.

6. NDT. *Fluid Attenuated Inversion Recovery*.

Marqueurs diagnostiques

La maladie à prions ne peut être définitivement confirmée que par la biopsie ou l'autopsie. Bien qu'il n'y ait pas de résultat spécifique à l'analyse du liquide céphalorachidien dans l'ensemble des maladies à prions, des marqueurs biologiques fiables ont été développés et incluent la protéine 14-3-3 (particulièrement pour la forme sporadique de MCJ), ainsi que la protéine tau (Chohan et al. 2010). L'imagerie par résonance magnétique est actuellement considérée comme le test diagnostique le plus sensible quand la DWI est effectuée, les résultats les plus habituels étant des hyperdensités multifocales dans la substance grise dans les régions corticales et sous-corticales (Vitali et al. 2011). Chez certains individus l'électroencéphalogramme révèle au cours de l'évolution de la maladie des décharges aiguës, périodiques, souvent triphasiques et synchrones à une fréquence de 0,5 à 2 Hz.

Diagnostic différentiel

Autres troubles neurocognitifs majeurs. Le TNC majeur dû à une maladie à prions peut apparaître semblable dans son évolution à d'autres TNC, mais les maladies à prions se distinguent typiquement par leur évolution rapide et des symptômes cérébelleux et moteurs prédominants.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. La perturbation survient durant le contexte d'une maladie de Parkinson connue.
- C. Il y a un début insidieux et une progression graduelle de l'altération.
- D. Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliqué par un trouble mental.

Un trouble neurocognitif majeur ou léger probable dû à la maladie de Parkinson doit être diagnostiqué si les critères 1 et 2 sont réunis. **Un trouble neurocognitif majeur ou léger possible dû à la maladie de Parkinson** doit être diagnostiqué si seulement le critère 1 ou 2 est rempli :

1. Il n'y a pas de preuve d'une étiologie mixte (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).
2. La maladie de Parkinson précède clairement l'apparition du trouble neurocognitif.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur probable dû à la maladie de Parkinson, avec perturbation du comportement, coder d'abord **332.0 (G20)** maladie de Parkinson, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Parkinson, avec perturbation du comportement. Pour un trouble neurocognitif majeur probable dû à la maladie de Parkinson, sans perturbation du comportement, coder d'abord **332.0 (G20)** maladie de Parkinson, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Parkinson, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif majeur possible dû à la maladie de Parkinson, coder **331.9 (G31.9)** trouble neurocognitif majeur possible dû à la maladie de Parkinson. (**N.B.** : Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie de Parkinson. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Pour un trouble neurocognitif léger dû à la maladie de Parkinson, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B.** : Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie de Parkinson. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'un trouble neurocognitif (TNC) majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson est un déclin cognitif apparaissant après le début d'une maladie de Parkinson (Emre et al. 2007 ; Hughes et al. 2001 ; Litvan et al. 2012). Le trouble doit apparaître dans le contexte d'une maladie de Parkinson établie (critère B) et les déficits doivent s'être développés graduellement (critère C). Le TNC est considéré comme *probablement* dû à la maladie de Parkinson quand il n'y a pas de manifestation d'une autre maladie qui pourrait contribuer au déclin cognitif *et* quand la maladie de Parkinson précède clairement le début du TNC. Le TNC est considéré comme *possiblement* dû à la maladie de Parkinson *soit* quand il n'y a pas de manifestation d'un autre trouble qui pourrait contribuer au déclin cognitif, *soit* quand la maladie de Parkinson précède le début du TNC mais pas les deux.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Des caractéristiques sont fréquemment présentes comme l'apathie, une humeur dépressive, une humeur anxieuse, des hallucinations, des idées délirantes, des modifications de la personnalité, des troubles du sommeil en phase paradoxale et une somnolence excessive dans la journée (Duff et al. 2007).

Prévalence

La prévalence de la maladie de Parkinson aux États-Unis augmente régulièrement avec l'âge d'environ 0,5 % entre 65 et 69 ans jusqu'à 3 % à l'âge de 85 ans et plus. La maladie de Parkinson est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (Bower et al. 1999 ; Wright Willis et al 2010). Chez les individus avec une maladie de Parkinson, environ 75 % vont développer un TNC majeur à un moment quelconque de l'évolution de leur maladie (Aarsland et al. 2003 ; Aarsland et al. 2005). La prévalence du TNC léger dans la maladie de Parkinson a été estimée à 27 % (Litvan et al. 2012).

Développement et évolution

Le début de la maladie de Parkinson se situe typiquement entre les 6^e et 9^e décennies de la vie avec une expression majeure au début de la soixantaine. Un TNC léger se développe fréquemment assez rapidement dans l'évolution de la maladie de Parkinson alors que les altérations majeures n'apparaissent de façon typique que tardivement.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Les facteurs de risque pour la maladie de Parkinson incluent l'exposition à des herbicides et à des pesticides.

Génétiques et physiologiques. De potentiels facteurs de risque pour le TNC chez des sujets ayant une maladie de Parkinson incluent un âge plus élevé au début de la maladie et une durée accrue de la maladie.

Marqueurs diagnostiques

Les tests neuropsychologiques, en particulier les tests qui n'impliquent pas la fonction motrice, sont critiques dans la détection des déficits cognitifs, en particulier à la phase du TNC léger. La neuro-imagerie anatomique et le scanner du transport de la dopamine comme le DAT-Scan peuvent différencier les démences en lien avec les corps de Lewy (Parkinson et démence à corps de Lewy) des démences non liées aux corps de Lewy (p. ex. maladie d'Alzheimer) et peuvent quelquefois être utiles dans l'évaluation d'un TNC majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson.

Diagnostic différentiel

Trouble neurocognitif majeur ou léger avec corps de Lewy. Cette distinction repose de façon essentielle sur le moment et la séquence des symptômes moteurs et cognitifs. Pour que le TNC soit imputable à la maladie de Parkinson, les symptômes moteurs et autres symptômes de la maladie de Parkinson doivent être présents bien avant (par convention, au moins un an avant) que le déclin cognitif ait atteint le niveau de TNC majeur, alors que dans le TNC majeur ou léger avec corps de Lewy, les symptômes cognitifs commencent peu de temps avant ou en même temps que les symptômes moteurs. Pour le TNC léger, le moment est plus difficile à établir puisque le diagnostic lui-même est moins clair et que les deux troubles existent sur un continuum. À moins que la maladie de Parkinson ait été établie quelque temps avant le début d'un déclin cognitif ou que des caractéristiques typiques de TNC majeur ou léger avec corps de Lewy soient présentes, il est préférable de diagnostiquer un TNC léger non spécifié.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer. Les caractéristiques motrices sont la clé pour distinguer le TNC majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson du TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer. Cependant les deux troubles peuvent coexister.

Trouble neurocognitif majeur ou léger d'origine vasculaire. Le TNC majeur ou léger vasculaire peut être présent avec des caractéristiques parkinsoniennes comme un ralentissement moteur qui peut survenir comme la conséquence d'une maladie des petits vaisseaux sous-corticaux. Cependant les caractéristiques parkinsoniennes ne sont typiquement pas suffisantes pour un diagnostic de maladie de Parkinson et l'évolution du TNC a habituellement une association claire avec des modifications cérébrovasculaires.

Trouble neurocognitif dû à une autre affection médicale (p.ex. trouble neurodégénératif). Quand un diagnostic de TNC majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson est envisagé, la distinction doit aussi être faite avec d'autres maladies cérébrales comme la paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence corticobasale, l'atrophie systémique multiple, les tumeurs et l'hydrocéphalie.

Parkinsonisme induit par les neuroleptiques. Le parkinsonisme induit par les neuroleptiques peut intervenir chez des personnes présentant d'autres TNC, en particulier quand les médicaments bloquant la dopamine sont prescrits pour les manifestations comportementales de ces troubles.

Autres affections médicales. Un état confusionnel et des TNC dus aux effets secondaires des médicaments bloquant la dopamine et à d'autres affections médicales (p. ex. sédation ou cognition altérée, hypothyroïdie sévère, déficience en vitamine B12) doivent également être éliminés.

Comorbidité

La maladie de Parkinson peut coexister avec la maladie d'Alzheimer et la maladie cérébrovasculaire, en particulier chez des sujets âgés. Les effets aggravants dus à des étiologies et caractéristiques pathologiques multiples peuvent diminuer les capacités fonctionnelles des sujets présentant une maladie de Parkinson. Les symptômes moteurs et une concomitance de dépression ou d'apathie peuvent aggraver l'atteinte fonctionnelle.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Huntington

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle.
- C. La maladie de Huntington est cliniquement établie, ou il existe un risque fondé sur des antécédents familiaux ou un test génétique.
- D. Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliqué par un trouble mental.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Huntington, avec perturbation du comportement, coder d'abord **333.4 (G10)** maladie de Huntington, puis **294.11 (F02.81)** trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Huntington, avec perturbation du comportement. Pour un trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Huntington, sans perturbation du comportement, coder d'abord **333.4 (G10)** maladie de Huntington, puis **294.10 (F02.80)** trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Huntington, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif léger dû à la maladie de Huntington, coder **331.83 (G31.84)**.
(**N.B. :** Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie de Huntington. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

Les atteintes cognitives progressives constituent une caractéristique centrale de la maladie de Huntington avec des modifications précoces dans les fonctions exécutives (c.-à-d. vitesse de traitement de l'information, organisation et planification) plus que dans l'apprentissage et la mémoire. Les modifications cognitives et les troubles comportementaux associés précèdent souvent l'émergence d'anomalies motrices typiques comme la bradykinésie (c.-à-d. ralentissement des mouvements volontaires) et la chorée (c.-à-d. mouvements brusques involontaires). Un diagnostic certain de maladie de Huntington est donné en présence d'anomalies motrices extra-pyramidales sans équivoque chez une personne ayant soit des antécédents familiaux de maladie de Huntington, soit un test génétique montrant une augmentation de la répétition du trinuécléotide CAG dans le gène HTT localisé sur le chromosome 4.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

La dépression, l'irritabilité et l'anxiété, des symptômes obsessionnels et compulsifs et une apathie sont fréquemment associés avec la maladie de Huntington, la psychose plus rarement, et ces troubles précèdent l'apparition des symptômes moteurs (Duff et al. 2007).

Prévalence

Les déficits neurocognitifs sont une évolution éventuelle de la maladie de Huntington ; leur prévalence dans le monde est estimée à 2,7 pour 100 000. La prévalence de la maladie de Huntington en Amérique du Nord, en Europe et en Australie est de 5,7 pour 100 000 avec une valeur beaucoup plus basse de 0,4 pour 100 000 en Asie (Pringsheim et al. 2012).

Développement et évolution

L'âge moyen lors du diagnostic de maladie de Huntington est approximativement de 40 ans, bien que cela varie largement (Foroud et al. 1999). L'âge de début est inversement corrélé avec l'augmentation de la répétition du triplet CAG (Lee et al. 2012). La maladie de Huntington juvénile (début avant l'âge de 20 ans) peut se présenter de façon plus fréquente avec une bradykinésie, une dystonie et une rigidité, plus que des mouvements choréiques caractéristiques de la maladie débutant chez l'adulte. La maladie est graduellement progressive avec une médiane de survie d'approximativement 15 ans après le diagnostic de symptômes moteurs (Roos et al. 1993).

L'expression phénotypique de la maladie de Huntington varie selon la présence de symptômes moteurs, cognitifs et psychiatriques. Les anomalies psychiatriques cognitives peuvent précéder les anomalies motrices d'au moins 15 ans (Duff et al. 2007 ; Stout et al. 2011). Les symptômes initiaux nécessitant des soins incluent souvent une irritabilité, une anxiété et une humeur dépressive. D'autres perturbations comportementales peuvent inclure une apathie prononcée, une désinhibition, une impulsivité, un *insight* altéré avec une apathie qui s'accroît progressivement avec le temps (Thompson et al. 2012). Les symptômes moteurs précoces peuvent comporter l'apparition de mouvements des extrémités ainsi que d'une légère apraxie (c.-à-d. une difficulté avec les mouvements intentionnels), particulièrement avec les tâches motrices fines. Lorsque la maladie progresse, d'autres problèmes moteurs incluent des troubles de la marche (ataxie) et une instabilité posturale. L'atteinte motrice affecte finalement la production de langage (dysarthrie) de telle façon que le langage devient très difficile à comprendre, ce qui peut avoir pour résultat une souffrance significative du fait des difficultés de communication dans un contexte de cognitions relativement intactes. La maladie motrice avancée atteint sévèrement la démarche avec une ataxie progressive. Les patients deviennent finalement incapables de se déplacer. La maladie motrice en fin d'évolution atteint le contrôle moteur de l'alimentation et la déglutition, ce qui constitue typiquement un facteur majeur de décès des individus, du fait d'une pneumopathie d'inhalation.

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. La base génétique de la maladie de Huntington est une augmentation autosomique dominante à pénétrance complète du trinucléotide CAG, souvent appelé répétition CAG dans le gène huntingtine. Un nombre de répétitions de 36 ou plus est invariablement associé avec une maladie de Huntington, des répétitions plus longues étant associées à un début précoce (Groen et al. 2010).

Marqueurs diagnostiques

Le test génétique est le test de laboratoire principal pour la détermination de la maladie de Huntington, qui est un trouble autosomique dominant avec une pénétrance complète. On observe que le trinucléotide CAG présente une augmentation de répétitions dans le gène qui code pour la protéine huntingtine sur le chromosome 4. Un diagnostic de maladie de Huntington n'est pas fait à partir de la seule présence de l'augmentation des répétitions au niveau du gène ; il ne l'est que lorsque les symptômes sont apparus de façon manifeste. Certains sujets qui ont des antécédents familiaux positifs demandent un test génétique en période présymptomatique. Les caractéristiques associées peuvent inclure des modifications en neuro-imagerie ; il est établi que des modifications de volume dans les ganglions de la base, en particulier le noyau caudé et le putamen, surviennent et progressent tout au long de la maladie. D'autres modifications anatomiques et fonctionnelles ont été observées en imagerie cérébrale mais restent du domaine de la recherche.

Retentissement fonctionnel du trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Huntington

Dans la phase prodromique de la maladie et au stade du diagnostic précoce, un déclin fonctionnel est très fréquent et la plupart des individus rapportent une perte de la capacité de poursuivre leur travail habituel. Les aspects émotionnels, comportementaux et cognitifs de la maladie de Huntington comme la désinhibition, les modifications de la personnalité sont fortement associés avec le déclin fonctionnel (Beglinger et al. 2010). Les déficits cognitifs qui contribuent le plus au déclin fonctionnel peuvent inclure la vitesse de traitement de l'information, la capacité d'initiation et l'attention plus que des atteintes de la mémoire (Peavy et al. 2010). Dans la mesure où la maladie de Huntington survient dans les années productives de la vie, elle peut avoir un effet très destructeur au niveau du fonctionnement professionnel ainsi que dans la vie sociale et familiale. Lorsque la maladie progresse, une incapacité due à des problèmes comme les troubles de la marche, la dysarthrie et les comportements impulsifs et irritables peuvent accroître significativement l'incapacité, les besoins dans la vie quotidienne, au-delà même des besoins de soins imputables au déclin cognitif. Des mouvements choréiques sévères peuvent interférer de manière importante avec les soins nécessaires comme l'hygiène, l'habillage et la toilette.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux. Les symptômes précoces de la maladie de Huntington peuvent inclure une instabilité de l'humeur, une irritabilité ou des comportements compulsifs qui peuvent suggérer un autre trouble mental. Cependant, le test génétique ou l'apparition des symptômes moteurs va signifier la présence de la maladie de Huntington.

Autres troubles neurocognitifs. Les symptômes précoces de la maladie de Huntington, en particulier les symptômes de dysfonction exécutive et d'atteinte de la vitesse psychomotrice, peuvent ressembler à ceux d'autres troubles neurocognitifs (TNC) comme un TNC majeur ou léger d'origine vasculaire.

Autres mouvements anormaux. La maladie de Huntington doit aussi être différenciée d'autres troubles ou maladies associées avec une chorée comme la maladie de Wilson, les dyskinésies tardives induites par un médicament, la chorée de Sydenham, le lupus érythémateux systémique ou la chorée sénile. Assez rarement, les sujets peuvent présenter une évolution semblable à celle d'une maladie de Huntington mais sans test génétique positif. Cela est considéré comme une phénocopie de maladie de Huntington résultant d'un ensemble de facteurs génétiques potentiels (Wild et al. 2008).

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une autre affection médicale

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Les antécédents, l'examen clinique ou des examens complémentaires permettent d'établir que le trouble neurocognitif est la conséquence physiopathologique d'une autre affection médicale.
- C. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental ou par un autre trouble neurocognitif spécifique (p. ex. maladie d'Alzheimer, infection par le VIH).

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une autre affection médicale, avec perturbation du comportement, coder d'abord l'autre affection médicale, puis le trouble neurocognitif majeur dû à une autre affection médicale, avec perturbation du comportement (p. ex. 340 [G35] sclérose en plaques, **294.11 [F02.81]** trouble neurocognitif majeur dû à une sclérose en plaques, avec perturbation du comportement). Pour un trouble neurocognitif majeur dû à une autre affection médicale, sans perturbation du comportement, coder d'abord l'autre affection médicale, puis le trouble neurocognitif majeur dû à une autre affection médicale, sans perturbation du comportement (p. ex. 340 [G35] sclérose en plaques, **294.10 [F02.80]** trouble neurocognitif majeur dû à une sclérose en plaques, sans perturbation du comportement).

Pour un trouble neurocognitif léger dû à une autre affection médicale, coder **331.83 (G31.84)**.

(N.B. : Ne pas utiliser le code additionnel pour une autre affection médicale. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Caractéristiques diagnostiques

Un bon nombre d'autres affections médicales peuvent causer des troubles neurocognitifs (TNC). Ces affections incluent des lésions anatomiques (p. ex. tumeur cérébrale primaire ou secondaire, hématome sous-dural, hydrocéphalie lentement progressive ou à pression normale), l'hypoxie liée à une hypoperfusion secondaire à une insuffisance cardiaque, des maladies endocriniennes (p. ex. hypothyroïdie, hyperkaliémie, hypoglycémie), des maladies nutritionnelles (p. ex. déficience en thiamine ou niacine), d'autres maladies infectieuses (p. ex. neurosyphilis, cryptococcose), des troubles immunitaires (p. ex. artérite temporale, lupus érythémateux systémique), l'insuffisance hépatique ou rénale, des affections métaboliques (p. ex. maladie de Kuf, adrénoleucodystrophie, leucodystrophie métachromatique, autres maladies de surcharge de l'adulte et de l'enfant) et d'autres affections neurologiques (p. ex. épilepsie, sclérose en plaques). Des causes inhabituelles de lésion du système nerveux central telles qu'un choc électrique ou une irradiation intracrânienne sont généralement évidentes dans les antécédents. L'association temporelle entre la survenue ou l'exacerbation de l'affection médicale et le développement du déficit cognitif constitue la preuve la plus importante que le TNC est induit par l'affection médicale. La certitude diagnostique concernant cette relation peut être accrue si le déficit neurocognitif s'améliore partiellement ou se stabilise dans le contexte du traitement de l'affection médicale.

Développement et évolution

Typiquement l'évolution du TNC progresse de façon proportionnelle à la progression de l'affection médicale sous-jacente. Dans le cas où l'affection médicale est traitable (p. ex. hypothyroïdie), le déficit neurocognitif peut s'améliorer, ou tout du moins ne pas progresser. Quand l'affection médicale évolue vers l'aggravation (p. ex. sclérose en plaques de forme secondaire progressive), les déficits neurocognitifs progressent avec l'évolution de la maladie dans le temps.

Marqueurs diagnostiques

Les données de l'examen physique associé et les données de laboratoire et autres caractéristiques cliniques dépendent de la nature et la sévérité de l'affection médicale.

Diagnostic différentiel

Autre trouble neurocognitif majeur ou léger. La présence d'une affection médicale causale n'exclut pas entièrement la possibilité d'un autre TNC majeur ou léger. Si le déficit cognitif persiste après un traitement efficace de l'affection médicale associée, une autre étiologie peut être responsable du déclin cognitif.

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à des étiologies multiples

Critères diagnostiques

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Les antécédents, l'examen clinique ou des examens complémentaires permettent d'établir que le trouble neurocognitif est la conséquence physiopathologique de plus d'un processus étiologique, à l'exclusion des substances (p. ex. trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer avec développement ultérieur d'un trouble neurocognitif vasculaire).
- N.B. :** Se référer aux critères diagnostiques des différents troubles neurocognitifs dus à des affections médicales spécifiques pour s'orienter dans la démonstration des étiologies particulières.
- C. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental et ils ne sont pas apparus exclusivement au cours d'un état confusionnel.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur dû à des étiologies multiples, avec perturbation du comportement, coder **294.11 (F02.81)**, pour un trouble neurocognitif majeur dû à des étiologies multiples, sans perturbation du comportement, coder **294.10 (F02.80)**. Toutes les affections médicales étiologiques (à l'exception de la maladie vasculaire) doivent être codées et enregistrées séparément immédiatement avant le trouble neurocognitif majeur dû à des étiologies multiples (p. ex. **331.0 [G30.9]** maladie d'Alzheimer, **331.82 [G31.83]** maladie à corps de Lewy, **294.11 [F02.81]** trouble neurocognitif majeur dû à des étiologies multiples, avec perturbation du comportement).

Quand une étiologie cérébrovasculaire contribue au trouble neurocognitif, le diagnostic de trouble neurocognitif vasculaire doit être listé en plus du trouble neurocognitif majeur dû à des étiologies multiples. Par exemple, pour une présentation de trouble neurocognitif majeur dû à la fois à la maladie d'Alzheimer et à une maladie vasculaire, avec perturbation du comportement, coder comme suit : **331.0 [G30.9]** maladie d'Alzheimer, **294.11 [F02.81]** trouble neurocognitif majeur dû à des étiologies multiples, avec perturbation du comportement, **290.40 (F01.51)** trouble neurocognitif vasculaire majeur, avec perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif léger dû à des étiologies multiples, coder **331.83 (G31.84)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser les codes additionnels pour les étiologies. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Cette catégorie est prévue pour rendre compte des tableaux cliniques de trouble neurocognitif (TNC) dans lesquels il existe des arguments probants suggérant que de multiples affections médicales jouent vraisemblablement un rôle étiologique dans le développement du TNC. Outre les arguments probants indiquant la présence d'affections médicales multiples dont on sait qu'elles sont des causes de TNC (c.-à-d. des éléments issus des antécédents, de l'examen clinique et des examens paracliniques), il peut être utile de se référer aux critères diagnostiques et au texte des diverses étiologies médicales (p. ex. TNC dû à une maladie de Parkinson) pour avoir plus d'informations sur comment établir le lien étiologique entre l'affection en question et le TNC.

Trouble neurocognitif non spécifié

799.59 (R41.9)

Cette catégorie s'applique aux situations où prédominent les symptômes caractéristiques d'un trouble neurocognitif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une

altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais qui ne remplissent pas l'ensemble des critères d'un quelconque trouble de la classe diagnostique des troubles neurocognitifs. La catégorie trouble neurocognitif non spécifié est utilisée pour les situations où une étiologie précise ne peut pas être déterminée avec suffisamment de certitude pour faire une attribution étiologique.

Note de codage : Pour un trouble neurocognitif majeur ou léger non spécifié, coder **799.59 (R41.9)**. (**N.B. :** Ne pas utiliser des codes additionnels pour une étiologie médicale présumée quelconque. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.)

Références

État confusionnel (delirium)

- Agostini JV, Inouye SK: Delirium, in Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th Edition. Edited by Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, et al. New York, McGraw-Hill, 2003, pp 1503–1515
- Boorsma M, Joling KJ, Frijters DH, et al: The prevalence, incidence and risk factors for delirium in Dutch nursing homes and residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(7):709–715, 2012 10.1002/gps.2770 21919058
- Camus V, Gonthier R, Dubos G, et al: Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 13(1):38–42, 2000 10753006
- Casarett DJ: Assessing decision-making capacity in the setting of palliative care research. *J Pain Symptom Manage* 25(4):S6–S13, 2003 12691692
- Choi SH, Lee H, Chung TS, et al: Neural network functional connectivity during and after an episode of delirium. *Am J Psychiatry* 169(5):498–507, 2012 22549209
- Cole MG, McCusker J, Dendukuri N, Han L: Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 14(2):167–175, 2002 11983791
- Fick DM, Agostini JV, Inouye SK: Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 50(10):1723–1732, 2002 12366629
- Inouye SK: Delirium in hospitalized older patients. *Clin Geriatr Med* 14(4):745–764, 1998 9799477
- Inouye SK: Delirium in older persons. *N Engl J Med* 354(11):1157–1165, 2006 16540616
- Jabbar F, Leonard M, Meehan K, et al: Neuropsychiatric and cognitive profile of patients with DSMIV delirium referred to an old age psychiatry consultation-liaison service. *Int Psychogeriatr* 23(7):1167–1174, 2011 21251353
- Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK: Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 24(4):727–737, 2003 14710700
- Solai LKK: Delirium, in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition, Vol 1. Edited by Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 1153–1167

Trouble neurocognitif léger

- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al: The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7(3):270–279, 2011 21514249 10.1016/j.jalz.2011.03.008
- Alzheimer's Disease International: The prevalence of dementia worldwide. London, Alzheimer's Disease International, December 2008. Available at: <http://www.alz.co.uk/adi/pdf/prevalence.pdf>. Accessed October 2012.
- Emre M, Aarsland D, Brown R, et al: Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 22(12):1689–1707, 2007 17542011
- Ganguli M: Epidemiology of dementia, in Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, 3rd Edition. Edited by Abou-Saleh MT, Katona CLE, Kumar A. London, Wiley, 2012, pp 207–212

- Jeste DV, Meeks TW, Kim DS, Zubenko GS: Research agenda for DSM-V: diagnostic categories and criteria for neuropsychiatric syndromes in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 19(3):160–171, 2006 16880358
- McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 65(12):1863–1872, 2005 16237129
- Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al: Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 134(pt 9):2456–2477, 2011 21810890 10.1093/brain/awr179
- Ward A, Arrighi HM, Michels S, Cedarbaum JM: Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimers Dement* 8(1):14–21, 2012 22265588 10.1016/j.jalz.2011.01.002
- Wilson RS, Leurgans SE, Boyle PA, et al: Neurodegenerative basis of age-related cognitive decline. *Neurology* 75(12):1070–1078, 2010 20844243 10.1212/WNL.0b013e3181f39adc

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al: The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7(3):270–279, 2011 21514249 10.1016/j.jalz.2011.03.008
- Apostolova LG, Cummings JL: Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dement Geriatr Cogn Disord* 25(2):115–126, 2008 18087152
- Bertram L, Lill CM, Tanzi RE: The genetics of Alzheimer disease: back to the future. *Neuron* 68(2):270–281, 2010 20955934
- Busse A, Bischof J, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC: Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). *Br J Psychiatry* 182:449–454, 2003 12724250
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 366(9503):2112–2117, 2005 16360788
- Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, et al: Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates using the 2000 Census. *Arch Neurol* 60(8):1119–1122, 2003 12925369
- Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, et al: Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7(3):257–262, 2011 21514247 10.1016/j.jalz.2011.03.004
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al: The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7(3):263–269, 2011 21514250 10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Petersen RC: Clinical practice: mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 364(23), 2011 21651394
- Warner J, Butler R: Alzheimer's disease. *Clinical Evidence* 3:419–425, 2000
- Weuve J, McQueen MB, Blacker D: The AlzRisk Database. *Alzheimer Research Forum*. Available at: <http://www.alzrisk.org>. Accessed July 4, 2012

Trouble neurocognitif frontotemporal majeur ou léger

- Gislason TB, Sjögren M, Larsson L, Skoog I: The prevalence of frontal variant frontotemporal dementia and the frontal lobe syndrome in a population based sample of 85 year olds. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74(7):867–871, 2003 12810769
- Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al: Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 76(11):1006–1014, 2011 21325651 10.1212/WNL.0b013e31821103e6
- Johnson JK, Head E, Kim R, et al: Clinical and pathological evidence for a frontal variant of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 56(10):1233–1239, 1999 10520939
- Josephs KA: Frontotemporal dementia and related disorders: deciphering the enigma. *Ann Neurol* 64(1):4–14, 2008 18668533 10.1002/ana.21426

- Knopman DS, Petersen RC, Edland SD, et al: The incidence of frontotemporal lobar degeneration in Rochester, Minnesota. 1990 through 1994. *Neurology* 62(3):506–508, 2004 14872045
- Mesulam MM: Primary progressive aphasia—differentiation from Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 22(4):533–534, 1987 3324947
- Mesulam M, Wicklund A, Johnson N, et al: Alzheimer and frontotemporal pathology in subsets of primary progressive aphasia. *Ann Neurol* 63(6):709–719, 2008 18412267 10.1002/ana.21388
- Rabinovici GD, Miller BL: Frontotemporal lobe degeneration: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 24(5):375–398, 2010 20369906
- Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, et al: Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 134(pt 9):2456–2477, 2011 21810890 10.1093/brain/awr179
- Ratnavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR: The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology* 58(11):1615–1621, 2002 12058088

Trouble neurocognitif majeur ou léger avec corps de Lewy

- Ferman TJ, Boeve BF: Dementia with Lewy bodies. *Neurol Clin* 25(3):741–760, 2007 17659188
- Lippa CF, Duda JE, Grossman M, et al: DLB and PDD boundary issues: diagnosis, treatment, molecular pathology, and biomarkers. *Neurology* 68(11):812–819, 2007 17353469
- McKeith I, Fairbairn A, Perry R, et al: Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *BMJ* 305(6855):673–678, 1992 1356550
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al: Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 47(5):1113–1124, 1996 8909416
- McKeith IG, Perry EK, Perry RH: Report of the second dementia with Lewy body international workshop: diagnosis and treatment. Consortium on Dementia with Lewy Bodies. *Neurology* 53(5):902–905, 1999 10496243
- McKeith IG, Ballard CG, Perry RH, et al: Prospective validation of consensus criteria for the diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Neurology* 54(5):1050–1058, 2000 10720273
- McKeith I, Mintzer J, Aarsland D: International Psychogeriatric Association Expert Meeting on DLB: Dementia with Lewy bodies. *Lancet Neurol* 3(1):19–28, 2004 14693108
- McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 65(12):1863–1872, 2005 16237129
- McKeith IG, Rowan E, Askew K, et al: More severe functional impairment in dementia with Lewy bodies than Alzheimer disease is related to extrapyramidal motor dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(7):582–588, 2006 16816011
- Zaccai J, McCracken C, Brayne C: A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies. *Age Ageing* 34(6):561–566, 2005 16267179

Trouble neurocognitif vasculaire majeur ou léger

- Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, et al: Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol* 32(9):632–637, 1975 1164215
- Jellinger KA: Morphologic diagnosis of “vascular dementia”: a critical update. *J Neurol Sci* 270(1-2):1–12, 2008 18455191 10.1016/j.jns.2008.03.006
- Jellinger KA, Attems J: Prevalence and pathology of vascular dementia in the oldest-old. *J Alzheimers Dis* 21(4):1283–1293, 2010 21504129
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS: The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 76(5):465–479, 1987 3324647
- Neuropathology Group: Medical Research Council Cognitive Function Aging Study: Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Lancet* 357(9251):169–175, 2001 11213093
- Román GC, Tatamichi TK, Erkinjuntti T, et al: Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 43(2):250–260, 1993 8094895
- Román GC, Erkinjuntti T, Wallin A, et al: Subcortical ischaemic vascular dementia. *Lancet Neurol* 1(7):426–436, 2002 12849365

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une lésion cérébrale traumatique

- Baugh CM, Stamm JM, Riley DO, et al: Chronic traumatic encephalopathy: neurodegeneration following repetitive concussive and subconcussive brain trauma. *Brain Imaging Behav* 6(2):244–254, 2012 22552850 10.1007/s11682-012-9164-5
- Institute of Medicine: Gulf War and Health, Vol 7: Long-Term Consequences of Traumatic Brain Injury, Washington, DC, Institute of Medicine, December 3, 2008.
- Kim E, Lauterbach EC, Reeve A, et al: Neuropsychiatric complications of traumatic brain injury: a critical review of the literature (a report by the ANPA Committee on Research). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19(2):106–127, 2007 17431056
- McAllister TW, Flashman LA, Maerlender A, et al: Cognitive effects of one season of head impacts in a cohort of collegiate contact sport athletes. *Neurology* 78(22):1777–1784, 2012 22592370
- McCrea M, Iverson GL, McAllister TW, et al: An integrated review of recovery after mild traumatic brain injury (MTBI): implications for clinical management. *Clin Neuropsychol* 23(8):1368–1390, 2009 19882476 10.1080/13854040903074652
- Rohling ML, Binder LM, Demakis GJ, et al: A meta-analysis of neuropsychological outcome after mild traumatic brain injury: re-analyses and reconsiderations of Binder et al. (1997), Frencham et al. (2005) and Pertab et al. (2009). *Clin Neuropsychol* 25(4):608–623, 2011 21512956 10.1080/13854046.2011.565076
- Ropper AH, Gorson KC: Clinical Practice: concussion. *N Engl J Med* 356(2):166–172, 2007 17215534
- Vasterling JJ, Dikmen S: Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: clinical and conceptual complexities. *J Int Neuropsychol Soc* 18(3):390–393, 2012 22559162 10.1017/S1355617712000367

Trouble neurocognitif majeur ou léger induit par une substance/un médicament

- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):566–576, 2007 17485608
- Corrigan JD, Bogner J, Holloman C: Lifetime history of traumatic brain injury among persons with substance use disorders. *Brain Inj* 26(2):139–150, 2012 22360520 10.3109/02699052.2011.648705
- Dingwall KM, Cairney S: Recovery from central nervous system changes following volatile substance misuse. *Subst Use Misuse* 46(suppl 1):73–83, 2011 21609150 10.3109/10826084.2011.580221
- Gonzalez R, Vassileva J, Scott JC: Neuropsychological consequences of drug abuse, in *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric & Neuromedical Disorders*, 3rd Edition. Edited by Grant I, Adams KM. New York, Oxford University Press, 2009, pp 455–479
- Grant I, Reed R, Adams KM: Diagnosis of intermediate-duration and subacute organic mental disorders in abstinent alcoholics. *J Clin Psychiatry* 48(8):319–323, 1987 3611033
- Grant I, Gonzalez R, Carey CL, et al: Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *J Int Neuropsychol Soc* 9(5):679–689, 2003 12901774
- Monnig MA, Tonigan JS, Yeo RA, et al: White matter volume in alcohol use disorders: a meta-analysis. *Addict Biol* March 28, 2012 22458455 10.1111/j.1369-1600.2012.00441.x
- Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JL, et al: Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry* 58(10):909–915, 2001 11576028
- Rourke SB, Grant I: Neurobehavioral correlates of alcoholism, in *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric & Neuromedical Disorders*, 3rd Edition. Edited by Grant I, Adams KM. New York, Oxford University Press, 2009, pp 398–454
- Scott JC, Woods SP, Matt GE, et al: Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 17(3):275–297, 2007 17694436
- Stavro K, Pelletier J, Potvin S: Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addict Biol* January 20, 2012 22264351 10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x
- West SL: Substance use among persons with traumatic brain injury: a review. *NeuroRehabilitation* 29(1):1–8, 2011 21876290 10.3233/NRE-2011-0671

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une infection par le VIH

- Antinori A, Arendt G, Becker JT, et al: Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology* 69(18):1789–1799, 2007 17914061
- Heaton RK, Clifford DB, Franklin DR Jr: HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy. *Neurology* 75(23):2087–2096, 2010 21135382 10.1212/WNL.0b013e318200d727
- Kaul M: HIV-1 associated dementia: update on pathological mechanisms and therapeutic approaches. *Curr Opin Neurol* 22(3):315–320, 2009 19300249 10.1097/WCO.0b013e318200d727
- Woods SP, Moore DJ, Weber E, Grant I: Cognitive neuropsychology of HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychol Rev* 19(2):152–168, 2009 19462243 10.1007/s11065-009-9102-5

Trouble neurocognitif majeur et léger dû à une maladie à prions

- Brown K, Mastrianni JA: The prion diseases. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 23(4):277–298, 2010 20938044 10.1177/0891988710383576
- Chohan G, Pennington C, Mackenzie JM, et al: The role of cerebrospinal fluid 14-3-3 and other proteins in the diagnosis of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease in the UK: a 10-year review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 81(11):1243–1248, 2010 20855493 10.1136/jnnp.2009.197962
- Heath CA, Cooper SA, Murray K, et al: Validation of diagnostic criteria for variant Creutzfeldt-Jakob disease. *Ann Neurol* 67(6):761–770, 2010 20517937 10.1002/ana.21987
- Ironside JW: Variant Creutzfeldt-Jakob disease: an update. *Folia Neuropathol* 50(1):50–56, 2012 22505363
- Ladogana A, Puopolo M, Croes EA, et al: Mortality from Creutzfeldt-Jakob disease and related disorders in Europe, Australia, and Canada. *Neurology* 64(9):1586–1591, 2005 15883321
- Vitali P, Maccagnano E, Caverzasi E, et al: Diffusion-weighted MRI hyperintensity patterns differentiate CJD from other rapid dementias. *Neurology* 76(20):1711–1719, 2011 21471469

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson

- Aarsland D, Andersen K, Larsen JP, et al: Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: an 8-year prospective study. *Arch Neurol* 60(3):387–392, 2003 12633150
- Aarsland D, Zaccai J, Brayne C: A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord* 20(10):1255–1263, 2005 16041803
- Bower JH, Maraganore DM, McDonnell SK, Rocca WA: Incidence and distribution of parkinsonism in Olmsted County, Minnesota, 1976-1990. *Neurology* 52(6):1214–1220, 1999 10214746
- Emre M, Aarsland D, Brown R, et al: Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 22(12):1689–1707, 2007 17542011
- Hughes AJ, Ben-Shlomo Y, Daniel SE, Lees AJ: What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: a clinicopathologic study, 1992. *Neurology* 57(10 suppl 3):S34–38, 2001 11775598
- Litvan I, Goldman JG, Tröster AI, et al: Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Mov Disord* 27(3):349–356, 2012 22275317 10.1002/mds.24893
- Wright Willis A, Evanoff BA, Lian M, et al: Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries. *Neuroepidemiology* 34(3):143–151, 2010 20090375 10.1159/000275491

Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Huntington

- Beglinger LJ, O'Rourke JJ, Wang C, et al: Earliest functional declines in Huntington disease. *Psychiatry Res* 178(2):414–418, 2010 20471695 10.1016/j.psychres.2010.04.030
- Duff K, Paulsen JS, Beglinger LJ, et al: Psychiatric symptoms in Huntington's disease before diagnosis: the predict-HD study. *Biol Psychiatry* 62(12):1341–1346, 2007 17481592
- Foroud T, Gray J, Ivashina J, Conneally PM: Differences in duration of Huntington's disease based on age at onset. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 66(1):52–56, 1999 9886451
- Groen JL, de Bie RMA, Foncke EM, et al: Late-onset Huntington disease with intermediate CAG repeats: true or false? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 81(2):228–230, 2010 20145031 10.1136/jnnp.2008.170902
- Lee JM, Ramos EM, Lee JH, et al: CAG repeat expansion in Huntington disease determines age at onset in a fully dominant fashion. *Neurology* 78(10):690–695, 2012 22323755 10.1212/WNL.0b013e318249f683
- Peavy GM, Jacobson MW, Goldstein JL, et al: Cognitive and functional decline in Huntington's disease: dementia criteria revisited. *Mov Disord* 25(9):1163–1169, 2010 20629124 10.1002/mds.22953
- Pringsheim T, Wiltshire K, Day L, et al: The incidence and prevalence of Huntington's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord* 27(9):1083–1091, 2012 22692795 10.1002/mds.25075
- Roos RA, Hermans J, Vegter-van der Vlis M, et al: Duration of illness in Huntington's disease is not related to age at onset. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 56(1):98–100, 1993 8429330
- Stout JC, Paulsen JS, Queller S, et al: Neurocognitive signs in prodromal Huntington disease. *Neuropsychology* 25(1):1–14, 2011 20919768 10.1037/a0020937
- Thompson JC, Harris J, Sollom AC, et al: Longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Huntington's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 24(1):53–60, 2012 22450614 10.1176/appi.neuropsych.11030057
- Wild EJ, Mudanohwo EE, Sweeney MG, et al: Huntington's disease phenocopies are clinically and genetically heterogeneous. *Mov Disord* 23(5):716–720, 2008 18181206 10.1002/mds.21915

Troubles de la personnalité

Ce chapitre débute par une définition générale d'un trouble de la personnalité qui s'applique à chacun des dix troubles spécifiques de la personnalité. Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.

Quel que soit le processus de revue en cours, particulièrement à ce niveau de complexité, différents points de vue se font jour et un effort a été accompli pour les rendre mutuellement compatibles les uns avec les autres.

Les troubles de la personnalité figurent dans deux sections distinctes du DSM-5, les sections II et III. Figure dans la section II une mise à jour du texte correspondant aux critères présents dans le DSM-IV-TR, alors que la section III contient le modèle de recherche proposé pour le diagnostic de trouble de la personnalité et la conceptualisation développée par le groupe de travail sur la personnalité et les troubles de la personnalité. Dans la mesure où ce champ de recherches évolue, nous espérons que les deux versions seront utiles tant pour la pratique clinique que pour les initiatives de recherche.

Les troubles de la personnalité suivants figurent dans ce chapitre.

- **La personnalité paranoïaque** est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
- **La personnalité schizoïde** est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles.
- **La personnalité schizotypique** est caractérisée par une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.
- **La personnalité antisociale** est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui.
- **La personnalité borderline** est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.
- **La personnalité histrionique** est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.
- **La personnalité narcissique** est caractérisée par des fantasmes ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.
- **La personnalité évitante** est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
- **La personnalité dépendante** est caractérisée par un comportement soumis et « colant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
- **La personnalité obsessionnelle-compulsive** est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.
- **La modification de la personnalité due à une autre affection médicale** est une perturbation persistante de la personnalité que l'on estime être due aux effets physiologiques directs d'une autre affection médicale (p. ex. une lésion du lobe frontal).
- **Autre trouble de la personnalité spécifié et trouble de la personnalité non spécifié** est une catégorie retenue dans deux situations : 1) le type de personnalité du sujet répond aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et des traits appartenant à plusieurs troubles différents de la personnalité sont présents mais

l'ensemble des critères pour l'un quelconque des différents troubles spécifiques de la personnalité ne sont pas réunis, ou bien : 2) l'individu a un type de personnalité qui répond aux critères généraux de la personnalité mais on considère qu'il a un trouble de la personnalité ne figurant pas dans la classification du DSM-5 (p. ex. une personnalité passive-agressive).

Les troubles de la personnalité sont regroupés en trois groupes fondés sur des similitudes descriptives. Le groupe A inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques. Les individus qui ont ces personnalités paraissent souvent bizarres ou excentriques. Le groupe B inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques. Ces sujets apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotif et capricieux. Le groupe C inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives. Les individus ayant ces troubles semblent souvent anxieux et craintifs. Il faut noter que ces regroupements, s'ils peuvent être utiles à des fins de recherches ou d'enseignement, ont des limitations sérieuses et n'ont pas été systématiquement validés.

De plus, il arrive souvent que des sujets souffrent de plusieurs troubles de la personnalité appartenant à différents groupes. Selon les estimations de prévalence pour les trois groupes, le groupe A concernerait 5,7 % de la population, le groupe B 1,5 %, le groupe C 6 % et 9,1 % seraient concernés par l'un quelconque des troubles de la personnalité, ce qui illustre la fréquence des concomitances de troubles appartenant aux différents groupes (Lenzenweger et al. 2007). Selon les données de l'enquête épidémiologique nationale de 2001-2002 sur l'alcoolisme et les affections apparentées (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), approximativement 15 % de la population adulte des États-Unis auraient au moins un trouble de la personnalité (Grant et al. 2004).

Modèles dimensionnels des troubles de la personnalité

L'approche diagnostique retenue dans ce manuel représente une perspective catégorielle selon laquelle les troubles de la personnalité sont des syndromes cliniques qualitativement distincts. Une alternative à cette approche catégorielle est une perspective dimensionnelle où les troubles de la personnalité sont des variantes mal adaptées de traits de personnalité qui se confondent imperceptiblement avec la normalité et l'une avec l'autre. Cf. la section III pour une description complète d'un modèle dimensionnel de trouble de la personnalité. Les trois groupes de troubles de la personnalité du DSM-IV (c.-à-d. le groupe bizarre-excentrique, le groupe théâtral-émotif et le groupe anxieux-craintif) peuvent aussi être vus comme des dimensions représentant des spectres de dysfonctionnement de la personnalité en continuité avec d'autres troubles mentaux. Les différents modèles dimensionnels alternatifs ont de nombreux points communs entre eux et recouvrent les champs importants de dysfonctionnement de la personnalité. Leur intégration, leur utilité clinique et les relations qu'ils entretiennent avec les catégories diagnostiques des troubles de la personnalité et les différents aspects des dysfonctionnements de la personnalité font l'objet de recherches.

Trouble général de la personnalité

Critères

- A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 1. La cognition (c.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).

2. L'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
 3. Le fonctionnement interpersonnel.
 4. Le contrôle des impulsions.
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F. Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien).
-

Caractéristiques diagnostiques

Les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Les traits de personnalité ne constituent des troubles que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement. La caractéristique essentielle d'un trouble de la personnalité est d'être une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifeste dans au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel ou le contrôle des impulsions (critère A). Ces modalités durables sont rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales (critère B) ; elles causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère C). Ce mode est stable et durable, et a débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (critère D). Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental (critère E) et n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. d'une drogue donnant lieu à abus, d'un médicament ou d'une substance toxique) ou d'une autre affection médicale (p. ex. d'un traumatisme crânien) (critère F). Des critères diagnostiques spécifiques sont fournis pour chacun des troubles inclus dans cette section. Les différents items parmi les critères de chaque personnalité sont énumérés par ordre d'importance diagnostique décroissante (quand cela a pu être établi par des travaux pertinents).

Le diagnostic de trouble de la personnalité nécessite une évaluation des modalités durables de fonctionnement de la personne. Les caractéristiques d'une personnalité spécifique doivent être apparentes dès le début de l'âge adulte. Les traits de la personnalité qui définissent ces troubles doivent être distingués des éléments qui apparaissent en réponse à des situations de stress spécifiques et des états mentaux transitoires (p. ex. troubles bipolaires, dépressifs ou anxieux, intoxication par une substance). Le clinicien doit évaluer la stabilité des traits de personnalité dans le temps et dans différentes situations. Bien qu'un entretien unique puisse parfois suffire pour établir un diagnostic, il est souvent nécessaire de rencontrer la personne à plusieurs reprises après des intervalles assez longs. L'évaluation peut être compliquée par le fait

que les éléments qui définissent un trouble de la personnalité ne sont pas forcément considérés comme des problèmes par le sujet (les traits sont en effet souvent syntones avec le moi). Des informations supplémentaires de la part de tierces personnes peuvent être utiles pour résoudre ces difficultés.

Développement et évolution

Les caractéristiques d'un trouble de la personnalité peuvent habituellement être reconnues pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par définition, un trouble de la personnalité est une modalité durable de penser, de ressentir et de se comporter qui est relativement stable dans le temps. Certains types de troubles de la personnalité (notamment les personnalités antisociales et borderline) ont tendance à s'estomper ou à s'améliorer avec l'âge, ce qui semble moins vrai pour d'autres (p. ex. les personnalités obsessionnelles-compulsives et schizotypiques).

Les différentes catégories de troubles de la personnalité peuvent s'appliquer aux enfants et aux adolescents dans les cas relativement rares où les traits de personnalité inadaptes du sujet sont envahissants, durables, sans être limités à un stade particulier du développement ou à un autre trouble mental. Il faut préciser que les traits de personnalité qui apparaissent dans l'enfance, souvent, ne persistent pas inchangés chez l'adulte. Lorsque le diagnostic concerne un sujet qui n'a pas encore 18 ans, les caractéristiques doivent avoir été présentes depuis au moins une année. La seule exception à cette règle est la personnalité antisociale car elle ne peut être diagnostiquée avant l'âge de 18 ans. Bien que, par définition, le début d'un trouble de la personnalité ne survienne pas plus tard qu'au début de l'âge adulte, certains sujets n'attirent l'attention sur le plan clinique que relativement tardivement. Un trouble de la personnalité peut être exacerbé à la suite de la perte de personnes représentant un soutien significatif pour le sujet (p. ex. un conjoint) qui avait un rôle d'étayage important ou par la perte d'une situation sociale stabilisante (p. ex. un emploi). L'apparition d'une modification de la personnalité au milieu de l'âge adulte voire plus tard doit faire entreprendre un bilan rigoureux à la recherche d'une modification de la personnalité due à une autre affection médicale ou à un trouble non diagnostiqué de l'usage d'une substance.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les jugements sur le fonctionnement de la personnalité d'un individu doivent tenir compte de son origine ethnique, culturelle et sociale. Les troubles de la personnalité ne doivent pas être confondus avec des problèmes liés à l'acculturation d'un immigré ou avec l'expression d'habitudes, de coutumes ou de valeurs politiques et religieuses ancrées dans la culture d'origine du sujet. Lors de l'évaluation d'une personne originaire d'une autre culture, le clinicien doit obligatoirement obtenir des renseignements complémentaires auprès de ceux qui connaissent bien l'environnement culturel du sujet.

Questions diagnostiques liées au genre

Certains troubles de la personnalité (p. ex. la personnalité antisociale) sont diagnostiqués plus fréquemment chez les hommes. D'autres sont diagnostiqués plus fréquemment chez les femmes (p. ex. les personnalités borderline, histrionique et dépendante). Bien que ces différences de prévalence reflètent probablement de réelles différences de genre, les chercheurs doivent se méfier de ne pas sur- ou sous-diagnostiquer certains troubles de la personnalité chez les hommes ou chez les femmes en raison des

stéréotypes sociaux concernant les rôles et les comportements typiques attendus de la part des individus de chaque sexe.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux et traits de la personnalité. De nombreux critères spécifiques des troubles de la personnalité (p. ex. la méfiance soupçonneuse, la dépendance ou l'insensibilité) décrivent des éléments qui sont aussi caractéristiques d'épisodes d'autres troubles mentaux. On ne peut porter un diagnostic de trouble de la personnalité que lorsque les caractéristiques qui le définissent sont apparues avant le début de l'âge adulte, sont typiques du fonctionnement au long cours de la personne et ne surviennent pas exclusivement durant un épisode d'un autre trouble mental. Il peut être très difficile (et pas forcément utile) de distinguer les troubles de la personnalité des autres troubles mentaux persistants comme un trouble dépressif persistant à début précoce et d'évolution relativement stable. Certains troubles de la personnalité peuvent appartenir au même « spectre » qu'un autre trouble mental (p. ex. la personnalité schizotypique et la schizophrénie, la personnalité évitante et la phobie sociale), cette relation étant fondée sur des similarités cliniques, biologiques ou génétiques.

Les troubles de la personnalité doivent être distingués des traits de personnalité qui n'atteignent pas le seuil d'un trouble de la personnalité. Les traits de personnalité ne justifient un diagnostic de trouble de la personnalité que lorsqu'ils sont mal adaptés, persistants et rigides, sources d'une altération significative du fonctionnement ou d'une souffrance subjective.

Troubles psychotiques. Pour les trois troubles de la personnalité qui sont peut-être liés aux troubles psychotiques (les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques), il existe un critère d'exclusion qui précise que le type de comportement en question ne doit pas être observé seulement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique. Lorsqu'un individu souffre d'un trouble mental persistant (p. ex. une schizophrénie) qui était précédé par un trouble de la personnalité préexistant, ce trouble de la personnalité doit aussi être enregistré suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

Troubles anxieux et dépressifs. Le clinicien doit être prudent quand il fait un diagnostic de trouble de la personnalité pendant un épisode de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux. Ces troubles peuvent en effet s'accompagner de caractéristiques symptomatiques temporaires évoquant des traits de personnalité, ce qui peut rendre difficile l'évaluation rétrospective du mode de fonctionnement durable de la personne.

Trouble stress post-traumatique. Si des modifications de la personnalité apparaissent et persistent après l'exposition du sujet à un stress extrême, un diagnostic de trouble stress post-traumatique doit être considéré.

Troubles de l'usage d'une substance. Chez une personne présentant un trouble de l'usage d'une substance, il est important de ne pas fonder un diagnostic de trouble de la personnalité seulement sur des comportements résultant d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance, ou sur des comportements en rapport avec une dépendance d'une substance (p. ex. des comportements antisociaux).

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. Lorsque des modifications durables de la personnalité résultent directement de l'effet d'une affection médicale (p. ex. une tumeur cérébrale), on doit considérer le diagnostic de modification de la personnalité due à une autre affection médicale.

Groupe A des troubles de la personnalité

Personnalité paranoïaque

Critères diagnostiques

301.0 (F60.0)

- A. Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
1. Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent.
 2. Est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés.
 3. Est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui.
 4. Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins.
 5. Garde rancune (c.-à-d. ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné).
 6. Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère.
 7. Met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique non imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

N.B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « prémorbide », c.-à-d. « personnalité paranoïaque (prémorbide) ».

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité paranoïaque est un mode général de méfiance soupçonneuse à l'égard des autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Les sujets paranoïaques s'attendent à ce que les autres les exploitent, leur nuisent ou les trompent, même si aucune preuve ne vient étayer ces attentes (critère A1). Avec peu ou pas d'indices, ils soupçonnent les autres de conspirer contre eux et de pouvoir les attaquer sans raison à tout moment. Ils ont souvent l'impression d'avoir été blessés gravement et irrémédiablement par une ou plusieurs personnes, même en l'absence de toute preuve objective. Ils sont préoccupés par des doutes injustifiés sur la loyauté ou l'honnêteté de leurs amis ou de leurs associés et passent les faits et gestes de ceux-ci à la loupe en quête de preuves de mauvaises intentions (critère A2). Tout ce qui est perçu comme un manquement à la confiance ou à la loyauté vient renforcer leurs soupçons latents. Ils sont surpris si un ami ou un associé se montre réellement loyal au point de ne pas arriver à y croire. S'ils sont en difficulté, ils s'attendent à ce que leurs amis ou leurs associés les attaquent ou les abandonnent.

Les sujets paranoïaques ont du mal à se confier à autrui ou à nouer des relations proches par crainte de voir l'information partagée voire utilisée contre eux (critère A3). Ils refusent parfois de répondre à des questions personnelles, prétextant que « ça ne regarde personne ». Ils discernent des sens cachés, menaçants ou humiliants dans des commentaires ou des événements anodins (critère A4). Par exemple, une personne paranoïaque peut penser que l'erreur d'un caissier est une tentative délibérée de le voler et que le commentaire humoristique d'un collègue est une critique grave de sa personne. Les compliments sont souvent mal interprétés (p. ex. un compliment sur un nouvel achat est interprété comme une critique de son égoïsme ; un compliment sur une réalisation est interprété comme une incitation à travailler encore plus). Ces sujets peuvent penser qu'une offre d'assistance est une manière de leur dire qu'ils ne sont pas capables de se débrouiller seuls.

Les sujets paranoïaques gardent rancune et ne pardonnent pas facilement ce qu'ils ont perçu comme une insulte, une attaque ou du mépris (critère A5). Des manques d'égard mineurs provoquent des réactions hostiles majeures et les sentiments d'hostilité persistent pendant longtemps. Comme ils sont toujours à l'affût des intentions malveillantes des autres, ils ont souvent le sentiment que l'on attende à leur caractère ou leur réputation ou qu'ils ont été insultés d'une manière ou d'une autre. Ils sont prompts à la contre-attaque et réagissent avec colère à ce qu'ils ont perçu comme des agressions. Les sujets présentant ce trouble peuvent faire preuve d'une jalousie pathologique et soupçonner, en l'absence de toute preuve, leur époux ou partenaire de les tromper (critère A7). Ils étayaient parfois leurs soupçons avec des éléments indirects ou anodins qui deviennent des « preuves ». Ils veulent garder un contrôle total des relations intimes pour ne pas être trompés et « cuisinent » souvent leur partenaire sur leur emploi du temps, faits et gestes, intentions ou fidélité.

On ne doit pas porter un diagnostic de personnalité paranoïaque si ce type de comportement survient exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire, d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique, ou s'il est imputable aux effets physiologiques d'un trouble neurologique (p. ex. une épilepsie temporale) ou d'une autre affection médicale (critère B).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus présentant une personnalité paranoïaque sont habituellement difficiles à supporter et ont souvent des difficultés dans leurs relations proches. Leur côté soupçonneux et hostile peut s'exprimer sous la forme d'une querulence déclarée, par des plaintes répétées ou par une réserve sourde et hostile. Comme ils sont à l'affût de menaces potentielles, ils peuvent se comporter de manière méfiante, dissimulée ou sournoise et paraître « froids » et sans émotions. Bien qu'ils puissent sembler objectifs, rationnels et rigoureux, ils font en fait souvent preuve d'une labilité affective marquée par la prédominance d'expressions hostiles, entêtées et sarcastiques. Leur nature combative et méfiante peut induire des réactions hostiles chez les autres, ce qui confirme d'autant plus leurs doutes initiaux.

Comme les individus paranoïaques manquent de confiance envers autrui, ils ont un besoin exagéré d'être autonomes et ont un sens aigu de leur indépendance. Ils ont aussi un grand besoin de contrôler leur entourage. Ils sont souvent rigides, critiques vis-à-vis des autres et incapables de collaborer, tout en ayant de grandes difficultés à accepter eux-mêmes la critique. Ils peuvent reprocher aux autres leurs propres déficiences. En raison de leur rapidité à contre-attaquer face à ce qu'ils perçoivent comme des menaces, ils sont souvent procéduriers et se trouvent impliqués dans des litiges. Ils cherchent

à confirmer les préjugés négatifs qu'ils ont sur autrui ou sur différentes affaires et ils attribuent aux autres des intentions malveillantes qui sont les projections de leurs propres craintes. Ils peuvent poursuivre, de manière à peine dissimulée, des fantasmes grandioses et irréalistes, accordant beaucoup de poids aux domaines ayant trait au pouvoir ou à la hiérarchie. Leur image des autres, notamment de ceux qui appartiennent à des groupes de population différents, répond souvent à des stéréotypes négatifs. Ils sont attirés par des visions simples et manichéennes du monde et ne sont pas à l'aise dans les situations ambiguës. Ils paraissent souvent « fanatiques » et forment couramment des groupes fermés ou des « sectes » avec des personnes qui partagent leur système de croyance paranoïaque.

Les sujets ayant une personnalité paranoïaque peuvent présenter des épisodes psychotiques très brefs (pendant quelques minutes à quelques heures), notamment en réponse à des facteurs de stress. Dans certains cas, la personnalité paranoïaque peut sembler être l'antécédent prémorbide d'un trouble délirant ou d'une schizophrénie. Les sujets ayant ce trouble peuvent parfois présenter un trouble dépressif caractérisé ou un risque accru d'agoraphobie et de trouble obsessionnel-compulsif. On observe souvent des troubles de l'usage d'alcool ou d'autres substances. Les troubles de la personnalité qui sont le plus souvent associés à la personnalité paranoïaque semblent être les personnalités schizotypiques, schizoïdes, narcissiques, évitantes et borderline.

Prévalence

Une estimation de la prévalence de la personnalité paranoïaque reposant sur un sous-échantillon de probabilité de la réplication de l'enquête nationale de comorbidité suggère une prévalence de 2,3 % (Lenzenweger et al. 2007) tandis que l'enquête épidémiologique nationale de 2001-2002 sur l'alcoolisme et les affections apparentées fait état d'une prévalence de 4,4 % pour la personnalité paranoïaque (Grant et al. 2004).

Développement et évolution

La personnalité paranoïaque peut se manifester initialement pendant l'enfance et l'adolescence par une attitude solitaire, une mauvaise relation avec les pairs, une anxiété sociale, de mauvais résultats scolaires, une hypersensibilité, des pensées et un langage particuliers et des fantasmes idiosyncrasiques. Ces enfants peuvent sembler « bizarres » ou « excentriques » et faire l'objet de moqueries de la part d'autrui. Dans les échantillons cliniques, ce trouble est plus souvent diagnostiqué chez l'homme.

Facteurs de risque et pronostiques

Facteurs génétiques et physiologiques. Certains indices sont en faveur d'un risque accru de personnalité paranoïaque chez les parents de sujets schizophrènes et d'une relation familiale plus spécifique avec le trouble délirant à type de persécution.

Questions diagnostiques liées à la culture

Certains comportements qui sont influencés par le contexte socioculturel ou par les circonstances particulières de l'existence peuvent être qualifiés, à tort, de paranoïaques et peuvent même être aggravés par la situation d'examen. Les membres de groupes minoritaires, les immigrants, les réfugiés politiques ou économiques, les sujets venant de groupes ethniques différents peuvent adopter un comportement réservé ou défensif face à une situation non familière (barrière linguistique ou ignorance des règles et des lois) ou face à ce qui est perçu comme un rejet ou une indifférence de la part du groupe.

majoritaire. Ces comportements peuvent à leur tour provoquer de la colère ou de la frustration chez ceux qui entrent en contact avec ces personnes et cela aboutit à un cercle vicieux de méfiance réciproque qui ne doit pas être mis sur le compte d'une personnalité paranoïaque. Certains groupes ethniques ont d'autre part des comportements liés à leur culture qui peuvent être interprétés à tort comme paranoïaques.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux avec symptômes psychotiques. La personnalité paranoïaque peut être distinguée du trouble délirant à type de persécution, de la schizophrénie et du trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques par le fait que ces troubles sont tous caractérisés par une période de symptômes psychotiques persistants (p. ex. idées délirantes et hallucinations). On ne peut porter un diagnostic additionnel de personnalité paranoïaque que si le trouble de la personnalité a été présent avant le début des symptômes psychotiques et a persisté après leur rémission. Quand un autre trouble mental persistant (p. ex. une schizophrénie) a été précédé par une personnalité paranoïaque, le trouble de la personnalité doit être noté, suivi de la mention « pré-morbide » entre parenthèses.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité paranoïaque doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables à une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité paranoïaque doit être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Traits paranoïaques associés à une infirmité physique. Le trouble doit aussi être distingué des traits paranoïaques associés au développement d'une infirmité physique (p. ex. un déficit de l'ouïe).

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certaines caractéristiques en commun avec la personnalité paranoïaque et peuvent être confondus avec elle. Il est donc important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité qui répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité paranoïaque, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. La personnalité paranoïaque et la personnalité schizotypique ont en commun la méfiance soupçonneuse, la mise à distance dans les relations interpersonnelles et l'idéation persécutoire, mais la personnalité schizotypique comporte par ailleurs des symptômes tels que la pensée magique, des perceptions inhabituelles et une pensée et un langage bizarres. Les personnes dont le comportement répond aux critères de la personnalité schizoïde paraissent souvent étranges, excentriques, froides et distantes mais elles ne présentent habituellement pas une idéation persécutoire majeure. La tendance des individus paranoïaques à réagir avec colère à des stimuli mineurs existe aussi chez les personnalités borderline et histrioniques. Toutefois ces deux troubles ne sont pas forcément associés à une méfiance envahissante. Les personnes qui ont une personnalité évitante peuvent aussi être réticentes à se confier à autrui mais c'est plus par crainte d'être dans l'embarras ou de ne pas être à la hauteur que par un souci des éventuelles intentions mauvaises des autres. Un comportement antisocial peut exister chez certains individus paranoïaques. Toutefois, il n'est pas sous-tendu par le désir de gagner quelque chose ou d'exploiter autrui, comme c'est le cas dans la personnalité antisociale, mais répond plutôt au désir de se

venger. Les personnes qui ont une personnalité narcissique peuvent parfois se montrer suspicieuses, repliées sur elles-mêmes ou coupées des autres mais cela résulte surtout d'une crainte que leurs imperfections ou leurs défauts soient révélés.

Les traits paranoïaques peuvent être adaptatifs, notamment dans des environnements menaçants. Un diagnostic de personnalité paranoïaque ne doit être porté que lorsque ces traits sont rigides, inadaptés, persistants et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement.

Personnalité schizoïde

Critères diagnostiques

301.20 (F60.1)

- A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
 - 1. Le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations proches, y compris les relations intrafamiliales.
 - 2. Choisit presque toujours des activités solitaires.
 - 3. N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes.
 - 4. N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune.
 - 5. N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré.
 - 6. Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui.
 - 7. Fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité.
- B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

N.B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « prémorbide », c.-à-d. « personnalité schizoïde (prémorbide) ».

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité schizoïde est un mode général de détachement des relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Apparemment, les individus schizoïdes n'ont pas de désir d'intimité ; ils semblent indifférents aux possibilités de développer des relations proches et ne tirent pas beaucoup de plaisir de la participation à un groupe social ou familial (critère A1). Ils préfèrent passer leur temps seuls plutôt qu'avec autrui. Tels des ermites, ils semblent souvent isolés socialement et choisissent presque toujours des passe-temps ou des activités solitaires qui ne comportent pas d'interactions avec autrui (critère A2). Ils préfèrent des tâches mécaniques ou abstraites comme les jeux mathématiques ou informatiques. Ils recherchent très peu les relations sexuelles avec d'autres personnes (critère A3) et n'éprouvent du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune (critère A4). Ce qui est ressenti avec le corps, les sens ou dans les relations interpersonnelles (p. ex. se promener sur une plage au soleil couchant ou faire l'amour) ne procure souvent qu'un plaisir limité. Ces personnes n'ont pas de confidents ou d'amis proches, sauf parfois un parent du premier degré (critère A5).

Les individus schizoïdes semblent souvent indifférents à l'approbation ou à la critique d'autrui et ne paraissent pas concernés par ce que les autres peuvent penser d'eux (critère A6). Ils peuvent ignorer les subtilités normales qui régissent les interactions sociales et, souvent, ils ne réagissent pas de manière adaptée aux signaux sociaux, ce qui les fait paraître gauches, superficiels ou égocentriques. Ils ont souvent une façade impavide, dénuée de réactivité émotionnelle, et ne répondent que rarement aux gestes ou aux mimiques comme les sourires ou les saluts (critère A7). Ils disent ne ressentir que rarement des émotions fortes, telles que la colère ou la joie. Ils font souvent preuve d'une restriction des affects et semblent froids et distants. Toutefois, dans les rares moments où ces personnes peuvent se sentir temporairement assez à l'aise pour se dévoiler, elles peuvent admettre un mal-être, notamment dans les interactions sociales.

On ne doit pas porter un diagnostic de personnalité schizoïde si ce type de comportement survient exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme, ou s'il est imputable aux effets physiologiques d'une affection neurologique (p. ex. une épilepsie temporale) ou d'une autre affection médicale (critère B).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus présentant une personnalité schizoïde peuvent avoir de grandes difficultés à exprimer de la colère, même en réponse à des provocations directes, ce qui contribue à donner l'impression qu'ils n'ont pas d'émotions. Leur existence peut parfois sembler dénuée de but et donner l'impression qu'ils sont à la dérive. Ces individus réagissent souvent de manière passive aux circonstances défavorables et ont du mal à répondre de manière adaptée aux événements importants de la vie. En raison de leur manque d'aisance sociale et de leur faible intérêt pour les relations sexuelles, ils ont peu d'amis, sortent peu avec des partenaires de l'autre sexe et restent souvent célibataires. Le fonctionnement professionnel peut être affecté, notamment quand il implique des contacts interpersonnels, alors que ces personnes peuvent bien se débrouiller quand elles travaillent dans des conditions d'isolement social. Les sujets ayant une personnalité schizoïde peuvent présenter des épisodes psychotiques très brefs (pendant quelques minutes à quelques heures), notamment en réponse à des facteurs de stress. Dans certains cas, la personnalité schizoïde peut sembler être l'antécédent prémorbide d'un trouble délirant ou d'une schizophrénie. Les individus ayant ce trouble peuvent parfois présenter un trouble dépressif caractérisé. Les troubles de la personnalité qui sont le plus souvent associés à la personnalité schizoïde sont les personnalités schizotypiques, paranoïaques et évitantes.

Prévalence

La personnalité schizoïde est rare en pratique clinique. Une estimation de la prévalence de la personnalité schizoïde reposant sur un sous-échantillon de probabilité issu de la réplification de l'enquête nationale de comorbidité, deuxième partie, fait état d'un taux de 4,9 % (Lenzenweger et al. 2007). Les données de l'enquête épidémiologique nationale de 2001-2002 sur l'alcoolisme et les affections apparentées suggèrent une prévalence de 3,1 % (Grant et al. 2004).

Développement et évolution

La personnalité schizoïde peut se manifester initialement pendant l'enfance ou l'adolescence par une tendance à la solitude, un mauvais contact avec les pairs et de mauvaises

performances scolaires qui désignent ces enfants ou adolescents comme différents des autres et les exposent aux moqueries.

Facteurs de risque et pronostiques

Facteurs génétiques et physiologiques. La prévalence de la personnalité schizoïde serait plus élevée parmi les parents des sujets ayant une schizophrénie ou une personnalité schizotypique.

Questions diagnostiques liées à la culture

Des personnes d'origines culturelles diverses peuvent parfois présenter des comportements défensifs et des types de relation avec autrui qualifiés, à tort, de schizoïdes. Par exemple, les personnes qui ont déménagé de la campagne vers la ville peuvent réagir par un « gel émotionnel » qui peut durer plusieurs mois et qui peut se manifester par des activités solitaires, un émoussement des affects et d'autres déficits dans la communication. Les immigrants sont parfois perçus, à tort, comme hostiles, froids ou indifférents.

Questions diagnostiques liées au genre

La personnalité schizoïde est diagnostiquée légèrement plus souvent chez les hommes et peut causer une déficience plus importante chez eux.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux avec symptômes psychotiques. La personnalité schizoïde peut être distinguée du trouble délirant, de la schizophrénie et du trouble bipolaire ou dépressif avec caractéristiques psychotiques par le fait que ces troubles sont tous caractérisés par une période de symptômes psychotiques persistants (p. ex. idées délirantes et hallucinations). On ne peut porter un diagnostic associé de personnalité schizoïde que si le trouble de la personnalité a été présent avant le début des symptômes psychotiques et a persisté après leur rémission. Quand un individu a un trouble psychotique persistant (p. ex. une schizophrénie) précédé par une personnalité schizoïde, le trouble de la personnalité doit aussi être noté suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

Trouble du spectre de l'autisme. Il peut être très difficile de distinguer les personnes qui ont une personnalité schizoïde de celles qui ont des formes légères de trouble du spectre de l'autisme. Les formes légères du trouble du spectre de l'autisme se distinguent par une perturbation plus sévère des interactions sociales et par une stéréotypie des comportements et des intérêts.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité schizoïde doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité schizoïde doit être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certains traits en commun avec la personnalité schizoïde et peuvent être confondus avec elle. Il est donc important de distinguer ces troubles en se fondant

sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si un individu présente des traits de personnalité qui répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité schizoïde, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Bien que l'isolement social et la restriction des affects soient des caractéristiques communes aux personnalités schizoïdes, schizotypiques et paranoïaques, la personnalité schizoïde peut être distinguée de la personnalité schizotypique par l'absence de distorsions cognitives et perceptuelles, et de la personnalité paranoïaque par l'absence de méfiance et d'idéation persécutoire. L'isolement social de la personnalité schizoïde peut être distingué de celui de la personnalité évitante qui résulte de la crainte d'être mal à l'aise ou gauche et d'une anticipation exagérée d'être rejeté. En revanche, on observe dans la personnalité schizoïde un détachement qui est plus envahissant et un faible désir d'intimité sociale. On peut observer dans la personnalité obsessionnelle-compulsive un détachement social apparent qui provient d'une dévotion au travail et d'une gêne quand le sujet est confronté à l'expression des émotions mais il existe une capacité sous-jacente à nouer des relations intimes.

Les personnes qui vivent en « ermites » peuvent présenter des traits de personnalité qui peuvent être considérés comme schizoïdes. Ce n'est que lorsque ces traits sont rigides, inadaptés et qu'ils causent une altération significative du fonctionnement ou une souffrance subjective qu'ils constituent une personnalité schizoïde.

Personnalité schizotypique

Critères diagnostiques

301.22 (F21)

- A. Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. Idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence).
 2. Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (p. ex. superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres).
 3. Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles.
 4. Pensée et langage bizarres (p. ex. vagues, circonscrits, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés).
 5. Idéation méfiante ou persécutoire.
 6. Inadéquation ou pauvreté des affects.
 7. Comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier.
 8. Absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré.
 9. Anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est associée à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.
- B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

N.B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « pré-morbide », p. ex. « personnalité schizotypique (prémorbide) ».

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité schizotypique est un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Les individus présentant une personnalité schizotypique ont souvent des idées de référence (c. à d. des interprétations fausses d'incidents anodins ou d'événements extérieurs qui prennent un sens spécial, inhabituel et particulier pour la personne) (critère A1). Ces idées doivent être distinguées des idées délirantes de référence auxquelles l'adhésion se fait avec une conviction délirante. Ces individus peuvent être superstitieux ou préoccupés par des phénomènes paranormaux qui sortent du cadre de leur sous-groupe culturel (critère A2). Ils peuvent avoir l'impression d'être doués de pouvoirs spéciaux qui leur permettent de ressentir les événements à l'avance ou de lire les pensées des autres. Ils peuvent penser posséder des pouvoirs magiques pour contrôler les autres directement (p. ex. ils croient que leur conjoint sort le chien uniquement parce qu'ils y ont pensé une heure avant) ou indirectement par des rituels (p. ex. le fait de marcher à trois reprises devant un objet peut prévenir quelque chose de pénible). Ils peuvent présenter des altérations des perceptions (p. ex. ressentir la présence d'une autre personne ou entendre une voix qui murmure son propre nom) (critère A3). Le langage peut être marqué par un vocabulaire ou une syntaxe inhabituels ou idiosyncrasiques. Il est souvent flou, digressif ou vague mais ne comporte pas de véritables ruptures du fil conducteur ni d'incohérence (critère A4). Les réponses peuvent être soit trop concrètes soit trop abstraites et les mots ou les concepts sont parfois employés de manière inhabituelle (p. ex. le sujet peut dire qu'il n'était pas « parlable » au travail).

Ces sujets sont souvent soupçonneux et peuvent avoir une idéation persécutoire (p. ex. croire que des collègues de travail cherchent à ruiner leur réputation auprès du patron) (critère A5). Ils sont habituellement incapables de maîtriser l'ensemble des affects et des signaux sociaux indispensables au succès dans les relations et leurs rapports avec les autres paraissent souvent mal adaptés, rigides ou gauches (critère A6). Ils sont souvent considérés comme bizarres et excentriques à cause de leur maniérisme inhabituel, d'un habillement négligé dont les différents éléments ne vont pas ensemble et d'un manque de respect pour les usages sociaux habituels (p. ex. le sujet ne regarde par ses interlocuteurs dans les yeux, il porte des habits qui ne lui vont pas ou qui sont tachés d'encre et il ne peut pas engager une conversation détendue et humoristique avec ses collègues) (critère A7).

Les sujets qui ont une personnalité schizotypique ressentent souvent la relation avec autrui comme un problème et sont mal à l'aise quand ils entrent en contact. Bien qu'ils puissent se plaindre de leur manque de relations, leur comportement indique qu'ils ont un faible désir de rapports intimes. Ils ont par conséquent peu ou pas d'amis proches ou de confidents, en dehors des parents du premier degré (critère A8). Ils sont anxieux en situation sociale, notamment quand ils sont confrontés à des gens qu'ils ne connaissent pas (critère A9). Ils peuvent entrer en rapport avec d'autres quand cela est nécessaire mais préfèrent toutefois rester seuls car ils ont l'impression d'être différents et de ne pas faire partie du groupe. Leur anxiété sociale ne diminue pas facilement, même quand ils s'habituent au cadre ou aux gens car leur anxiété est généralement en rapport avec une méfiance à l'égard des intentions des autres. Lors d'un dîner par exemple, une personne qui a une personnalité schizotypique ne va pas se détendre au fur et à mesure que la soirée avance mais deviendra au contraire de plus en plus tendue et méfiante.

On ne doit pas porter un diagnostic de personnalité schizotypique si ce mode de comportement survient exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme (critère B).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les sujets présentant une personnalité schizotypique demandent souvent un traitement pour des symptômes associés comme l'anxiété, la dépression ou d'autres affects dysphoriques plutôt que pour les traits de personnalité eux-mêmes. En réponse au stress, notamment, ils peuvent présenter des épisodes psychotiques transitoires (pendant quelques minutes à quelques heures) qui sont toutefois de durée généralement trop brève pour justifier un diagnostic additionnel de trouble psychotique bref ou de trouble schizophréniforme. Dans certains cas, des symptômes psychotiques cliniquement significatifs peuvent se développer et correspondre aux critères d'un trouble psychotique bref, d'un trouble schizophréniforme, d'un trouble délirant ou d'une schizophrénie. Plus de la moitié des sujets peuvent avoir présenté dans leurs antécédents au moins un épisode dépressif caractérisé. Entre 30 et 50 % des individus qui ont une personnalité schizotypique ont un diagnostic concomitant de trouble dépressif caractérisé quand ils sont hospitalisés. Le trouble est souvent associé à une personnalité schizoïde, paranoïaque, évitante ou borderline.

Prévalence

Dans les études effectuées en population générale sur la personnalité schizotypique, les taux rapportés vont de 0,6 % dans les échantillons norvégiens à 4 à 6 % dans un échantillon aux États-Unis ([Lenzenweger et al. 2007](#)). La prévalence de la personnalité schizotypique en population clinique semble rare (0 à 1,9 %), avec une valeur estimée dans la population générale plus haute : 3,9 % trouvée dans l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcoolisme et les affections apparentées ([Pulay et al. 2009](#)).

Développement et évolution

La personnalité schizotypique a une évolution assez stable ; un faible pourcentage de sujets seulement évolue vers une schizophrénie ou un autre trouble psychotique. La personnalité schizotypique peut se manifester initialement pendant l'enfance ou l'adolescence par un côté solitaire, une mauvaise relation avec les pairs, une anxiété sociale, de mauvaises performances scolaires, une hypersensibilité, des pensées et un langage insolites et des fantasmes étranges. Ces enfants peuvent sembler bizarres ou « excentriques » et faire l'objet de moqueries de la part d'autrui.

Facteurs de risque et pronostiques

Facteurs génétiques et physiologiques. Il existe une agrégation familiale de la personnalité schizotypique ; elle est plus fréquente chez les parents du premier degré des sujets schizophrènes que dans la population générale. Inversement, il semble y avoir un risque légèrement accru de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques chez les parents des sujets qui ont une personnalité schizotypique.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les distorsions cognitives et perceptuelles doivent être évaluées en fonction du milieu culturel de l'individu. Certaines particularités de déterminisme largement culturel,

concernant en particulier des croyances ou des rites religieux, pourraient paraître schizotypiques à un observateur extérieur non informé (p. ex. le vaudou, « parler en langues », la vie après la mort, le chamanisme, lire les pensées, le sixième sens, le mauvais œil, les croyances magiques portant sur la santé et la maladie).

Questions diagnostiques liées au genre

La personnalité schizotypique est peut-être légèrement plus fréquente chez l'homme.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux avec symptômes psychotiques. La personnalité schizotypique peut être distinguée du trouble délirant, de la schizophrénie et du trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques par le fait que ces troubles sont tous caractérisés par une période de symptômes psychotiques persistants (p. ex. idées délirantes et hallucinations). On ne peut porter un diagnostic additionnel de personnalité schizotypique que lorsque le trouble de la personnalité a été présent avant le début des symptômes psychotiques et a persisté après leur rémission. Quand un trouble psychotique persistant (p. ex. une schizophrénie) a été précédé par une personnalité schizotypique, le trouble de la personnalité doit être enregistré suivi de la mention « prémorbide » entre parenthèses.

Troubles neurodéveloppementaux. Il peut être très difficile de distinguer les enfants qui ont une personnalité schizotypique du groupe hétérogène d'enfants qui sont solitaires ou bizarres et dont le comportement est caractérisé par un isolement social marqué, des excentricités ou des singularités du langage et qui présentent probablement des formes légères de trouble du spectre de l'autisme ou des troubles de la communication orale. Les troubles de la communication peuvent être distingués par le côté prédominant et sévère du trouble du langage et par les signes caractéristiques d'un langage altéré qui sont décelés par des examens spécialisés. Les formes légères de trouble du spectre de l'autisme sont différenciées par un déficit encore plus grave de la relation sociale et de la réciprocité émotionnelle, et par la stéréotypie des comportements et des intérêts.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité schizotypique doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité schizotypique doit être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certains traits en commun avec la personnalité schizotypique et peuvent être confondus avec elle. Il est donc important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des caractéristiques de personnalité répondant aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité schizotypique, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Bien que les personnalités paranoïaques et schizoïdes puissent aussi être caractérisées par un repli social et une restriction des affects, la personnalité schizotypique peut être différenciée de ces deux diagnostics par la présence de distorsions cognitives et perceptuelles ainsi que par une bizarrerie et une excentricité marquées. Les relations proches sont limitées tant dans la personnalité schizotypique que dans la personnalité évitante ; dans cette

dernière, le désir actif d'avoir des relations est entravé par la peur d'être rejeté tandis qu'il existe dans la personnalité schizotypique une absence de désir d'avoir des relations et un détachement persistant. On peut observer dans la personnalité narcissique une méfiance, un repli social ou une aliénation mais cela résulte alors surtout d'une crainte que ses propres imperfections ou défauts soient révélés. Il peut y avoir aussi dans la personnalité borderline des symptômes transitoires d'allure psychotique mais ils sont dans ce cas plus en rapport avec de brusques mouvements affectifs en réponse au stress (p. ex. colère, anxiété ou déception intenses) et ils présentent habituellement des éléments plutôt dissociatifs (p. ex. déréalisation ou dépersonnalisation). En revanche, les sujets qui ont une personnalité schizotypique présentent plus souvent des symptômes durables d'allure psychotique qui peuvent être aggravés par le stress mais qui ne sont pas forcément associés à des symptômes affectifs marqués. Un isolement social peut être observé dans la personnalité borderline mais il est généralement la conséquence d'échecs répétés des relations interpersonnelles à la suite d'accès de colère et de modifications brusques de l'humeur et ne résulte pas d'une absence persistante de contacts sociaux et de désir d'intimité. De plus, on n'observe habituellement pas dans la personnalité schizotypique les comportements impulsifs et manipulateurs de la personnalité borderline. Ces deux troubles de la personnalité sont toutefois souvent associés et il n'est pas toujours possible de les distinguer. Des traits schizotypiques pendant l'adolescence peuvent traduire des bouleversements émotionnels transitoires plutôt qu'un trouble durable de la personnalité.

Groupe B des troubles de la personnalité

Personnalité antisociale

Critères diagnostiques

301.7 (F60.2)

- A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
 1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
 2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
 3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance.
 4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions.
 5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
 6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
 7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.
- B. Âge au moins égal à 18 ans.
- C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.
- D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte. Ce tableau a aussi été nommé *psychopathie*, *sociopathie* ou *personnalité dyssociale*. Comme la tromperie et la manipulation sont au centre de la personnalité antisociale, il peut être très utile de confronter l'information obtenue par un examen systématique du patient avec celle qui provient de sources extérieures.

Ce diagnostic ne peut être porté que si le patient a 18 ans ou plus (critère B) et a déjà présenté avant l'âge de 15 ans au moins quelques symptômes de trouble des conduites (critère C). Le trouble des conduites implique un mode de comportement répété et persistant où les droits fondamentaux d'autrui et les principales règles sociales qui s'appliquent à cet âge-là sont bafoués. Les comportements spécifiques qui sont caractéristiques du trouble des conduites peuvent être de quatre types : des agressions envers des personnes ou des animaux, la destruction de biens, des fraudes ou des vols, ou des infractions graves aux règlements.

Ce mode de comportement antisocial se poursuit à l'âge adulte. Ces individus ne parviennent pas à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux (critère A1). Ils peuvent accomplir de manière répétée des actes qui sont passibles d'arrestation (qu'ils soient effectivement arrêtés ou non), par exemple détruire des biens, agresser d'autres personnes, voler ou se livrer à des activités illégales. Ils ne tiennent pas compte des souhaits, des droits ou des sentiments d'autrui. Ils trompent et manipulent facilement pour leur profit ou leur plaisir (p. ex. pour obtenir de l'argent, du pouvoir ou des relations sexuelles) (critère A2). Ils peuvent, de manière répétée, mentir, utiliser de fausses identités, faire des escroqueries ou simuler des maladies. L'impulsivité peut se manifester par une incapacité à planifier à l'avance (critère A3). Les décisions sont prises sur le moment, sans réfléchir et sans considérer les conséquences pour soi-même ou pour autrui. Cela peut aboutir à des changements soudains de travail, d'habitation ou de relations. Les sujets qui ont une personnalité antisociale ont tendance à être irritables et agressifs et peuvent souvent se retrouver impliqués dans des bagarres ou attaquer physiquement autrui (et notamment battre leur conjoint ou leur enfant) (critère A4). (On ne prend pas en compte ici les actes agressifs accomplis dans un but d'autodéfense ou pour défendre autrui.) Ces individus peuvent faire preuve d'un mépris inconsidéré pour leur sécurité ou celle des autres (critère A5). Cela peut se manifester dans leur conduite automobile (c.-à-d. excès de vitesse répétés, conduite sous l'emprise de substances toxiques, accidents nombreux). Ils peuvent s'aventurer dans des conduites sexuelles ou toxicomaniaques à haut risque. Ils peuvent négliger un enfant à charge ou le mettre en danger en ne lui apportant pas les soins et l'attention nécessaires.

Ces sujets ont tendance, d'une façon très profonde, à être en permanence extrêmement irresponsables (critère A6). Un comportement irresponsable au travail peut se traduire par des périodes prolongées d'inactivité malgré la disponibilité d'emplois ou par l'abandon de plusieurs emplois sans avoir de plans réalistes pour trouver autre chose. Il peut aussi y avoir un mode de comportement fait d'absences répétées au travail qui ne sont pas expliquées par des maladies du sujet ou de sa famille. Une attitude irresponsable en matière financière peut se manifester par le fait de ne pas honorer ses dettes, de ne pas subvenir aux besoins d'un enfant ou de ne pas pourvoir régulièrement à la subsistance des personnes à sa charge. Ces individus n'ont pas de remords pour les conséquences de leurs actes (critère A7). Ils peuvent se montrer indifférents ou fournir des rationalisations superficielles, quand ils ont blessé, maltraité ou volé quelqu'un (p. ex. « la vie est injuste », « les perdants l'ont mérité »). Ils peuvent accuser leurs victimes d'avoir été stupides, de ne pas savoir se débrouiller ou de mériter leur

sort (p. ex. « ça devait de toute façon lui arriver ») ; ils peuvent minimiser les conséquences nuisibles de leurs actes ou rester tout simplement complètement indifférents. Ils ne parviennent généralement pas à s'excuser ou à réparer leur comportement. Ils peuvent penser que « chacun se bat pour ses propres intérêts » et que tout est bon pour ne pas se laisser marcher sur les pieds.

Ce comportement antisocial ne doit pas survenir exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire (critère D).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus qui ont une personnalité antisociale manquent souvent d'empathie et tendent à être immoraux, cyniques et à mépriser les sentiments, les droits et la souffrance des autres. Ils peuvent avoir une opinion orgueilleuse et arrogante d'eux-mêmes (p. ex. ils pensent qu'un travail ordinaire n'est pas digne d'eux ou sont incapables de se soucier de manière réaliste de leurs problèmes actuels et à venir) et peuvent avoir des idées sur tout, être effrontés et trop sûrs d'eux-mêmes. Ils peuvent être charmeurs, superficiels et séducteurs, et avoir la parole facile (p. ex. en utilisant des termes techniques ou spécialisés qui peuvent impressionner un profane). Le manque d'empathie, l'opinion orgueilleuse de soi et le charme superficiel sont des caractéristiques habituellement incluses dans les conceptions traditionnelles de la psychopathie qui peuvent être très utiles pour le diagnostic de personnalité antisociale ou pour prédire la récidence dans les prisons ou dans des contextes médico-légaux où les actes agressifs, criminels et délinquants ne sont pas spécifiques de ce diagnostic. Ces individus peuvent être irresponsables et exploiter l'autre dans les relations sexuelles. Ils peuvent avoir eu de nombreux partenaires sexuels et ne jamais avoir maintenu de relation monogame. Ils peuvent être également irresponsables en tant que parents et leur enfant peut ne pas être nourri correctement, tomber malade par manque d'hygiène élémentaire ou dépendre du voisinage pour la nourriture ; ils laissent parfois un jeune enfant seul, sans garde, en leur absence ; l'argent nécessaire au ménage peut être systématiquement gaspillé. Ces sujets peuvent être réformés de l'armée, être incapables de subvenir à leurs propres besoins, sombrer dans la pauvreté, même devenir sans domicile fixe ou passer plusieurs années en prison. Ils ont un risque accru par rapport à la population générale de décéder prématurément de mort violente (p. ex. de suicide, d'accident, d'homicide).

Les sujets qui ont une personnalité antisociale peuvent ressentir de la dysphorie et se plaindre de tension, de ne pas pouvoir tolérer l'ennui et d'une humeur dépressive. On peut observer chez eux l'association de troubles anxieux, de troubles dépressifs, de troubles de l'usage d'une substance, de troubles à symptomatologie somatique, de jeu d'argent pathologique et d'autres troubles du contrôle des impulsions. Ces sujets présentent aussi, souvent, des traits de personnalité qui répondent aux critères d'autres troubles de la personnalité, notamment des personnalités borderline, histrioniques et narcissiques. Le risque qu'une personnalité antisociale apparaisse chez un adulte augmente en cas d'antécédents de trouble des conduites de début précoce (avant l'âge de 10 ans) associé à un déficit de l'attention/hyperactivité. Le risque qu'un trouble des conduites évolue vers une personnalité antisociale est accru chez un enfant victime de mauvais traitements ou de négligence, d'une attitude parentale instable ou erratique ou d'un exercice incohérent de l'autorité.

Prévalence

Les taux de prévalence sur 12 mois de la personnalité antisociale, en utilisant les critères des DSM précédents, se situent entre 0,2 et 3,3 % (Goldstein et al. 2007 ; Lenzenweger

et al. 2007 ; Torgersen et al. 2001). La prévalence la plus élevée de personnalités antisociales (plus de 70 %) se trouve dans les échantillons les plus graves d'hommes alcooliques (Bucholz et al. 2000) et dans les centres de traitement de la toxicomanie, dans les prisons ou dans d'autres contextes médico-légaux (Moran et al. 1999). La prévalence est plus élevée dans les échantillons souffrant de facteurs défavorables d'ordre socio-économique (c.-à-d. la pauvreté) ou socioculturel (c.-à-d. la migration).

Développement et évolution

La personnalité antisociale a une évolution chronique mais elle peut devenir moins patente ou s'atténuer quand la personne avance en âge, notamment après 30 ans. Cette rémission est plus nette dans le domaine des activités criminelles mais elle peut concerner toute la panoplie des comportements antisociaux et toxicomaniaques. Par définition, la personnalité antisociale ne peut pas être diagnostiquée avant l'âge de 18 ans.

Facteurs de risque et pronostiques

La personnalité antisociale est plus fréquente chez les parents du premier degré des patients qui présentent ce trouble que dans la population générale. Le risque tend à être supérieur chez les parents biologiques du sexe féminin que chez ceux de sexe masculin. Les parents biologiques de ces sujets présentent aussi un risque accru de trouble à expression somatique et de troubles de l'usage d'une substance. Au sein des familles dont un des membres a une personnalité antisociale, les hommes présentent plus souvent une personnalité antisociale ou des troubles de l'usage d'une substance tandis que les femmes ont plus souvent des troubles à symptomatologie somatique. Toutefois, l'ensemble de ces troubles ont une prévalence augmentée tant chez les femmes que chez les hommes de ces familles par rapport à la population générale. Des études d'adoption montrent que des facteurs environnementaux aussi bien que génétiques contribuent au risque de développer une personnalité antisociale. Tant les enfants biologiques que les enfants adoptés des parents qui ont une personnalité antisociale présentent un risque supérieur de personnalité antisociale, de trouble à symptomatologie somatique et de troubles de l'usage d'une substance. Les enfants de parents présentant une personnalité antisociale qui sont adoptés par d'autres familles ressemblent plus à leurs parents biologiques qu'à leurs parents adoptifs mais l'environnement de la famille adoptive influence le risque de présenter un trouble de la personnalité ou des symptômes psychopathologiques associés.

Questions diagnostiques liées à la culture

La personnalité antisociale semble associée à des niveaux socio-économiques et à des environnements urbains défavorisés. On a craint que ce diagnostic soit appliqué à tort à des personnes qui vivent dans des cadres où un comportement de type antisocial peut répondre à une stratégie pour se protéger et survivre. Le clinicien doit donc tenir compte du contexte économique et social lorsqu'il évalue des traits antisociaux.

Questions diagnostiques liées au genre

La personnalité antisociale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Certains ont émis des craintes à propos d'une méconnaissance du diagnostic chez la femme à cause de l'accent mis sur les traits agressifs dans la définition du trouble des conduites.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic de personnalité antisociale n'est pas posé avant 18 ans et n'est, d'autre part, porté que s'il existe des antécédents d'au moins quelques symptômes de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans. Chez les personnes de plus de 18 ans, on ne peut faire un diagnostic de trouble des conduites que si les critères de la personnalité antisociale ne sont pas remplis.

Troubles de l'usage d'une substance. Lorsque le comportement antisocial d'un adulte est associé à un trouble de l'usage d'une substance, le diagnostic de personnalité antisociale n'est porté que si des signes de ce trouble étaient déjà présents dans l'enfance et ont persisté à l'âge adulte. Si l'utilisation de substances et le comportement antisocial ont tous deux débuté dans l'enfance pour se poursuivre à l'âge adulte, les diagnostics de trouble de l'usage d'une substance et de personnalité antisociale doivent être portés conjointement si les critères sont remplis, même si certains actes antisociaux peuvent être la conséquence des troubles de l'usage d'une substance (p. ex. trafic de drogue ou vols pour obtenir de l'argent pour ses drogues).

Schizophrénie et troubles bipolaires. Un comportement antisocial qui survient exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire ne justifie pas un diagnostic de personnalité antisociale.

Autres troubles de la personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certains traits en commun avec la personnalité antisociale et risquent d'être confondus avec elle. Il est donc important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité qui remplissent les critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité antisociale, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. À la fois dans la personnalité antisociale et dans la personnalité narcissique, le sujet tend à être entêté, séducteur, superficiel, à exploiter autrui et à manquer d'empathie. Toutefois, il n'y a pas, dans les caractéristiques de la personnalité narcissique, la tendance à être impulsif, agressif et à tromper. De plus, il n'y a pas dans la personnalité antisociale le même besoin d'être admiré et envié par les autres et il n'y a habituellement pas dans la personnalité narcissique d'antécédents de trouble des conduites dans l'enfance ou de conduite criminelle à l'âge adulte. Il y a, à la fois dans la personnalité antisociale et dans la personnalité histrionique, une tendance à être impulsif, superficiel, à chercher l'excitation, à être téméraire, séducteur et manipulateur. Toutefois, les sujets qui ont une personnalité histrionique ont plus tendance à exagérer leurs émotions et, typiquement, ne s'engagent pas dans des comportements antisociaux. Dans la personnalité histrionique et dans la personnalité borderline, il existe une manipulation d'autrui dans le but d'être pris en charge mais celle-ci vise, dans la personnalité antisociale, à obtenir un profit, du pouvoir ou un autre avantage matériel et les sujets qui ont une personnalité antisociale tendent à être moins instables émotionnellement et plus agressifs que ceux qui ont une personnalité borderline. Des comportements antisociaux peuvent être observés dans la personnalité paranoïaque mais ils sont habituellement davantage motivés par un désir de vengeance que par celui d'un gain personnel ou d'exploiter les autres comme c'est le cas dans la personnalité antisociale.

Comportement criminel non associé à un trouble de la personnalité. La personnalité antisociale doit être distinguée d'un comportement criminel visant à obtenir un gain et non accompagné des traits de personnalité caractéristiques de ce trouble. Ce n'est que lorsque les traits de personnalité antisociale sont rigides, inadaptés et persistants et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement qu'ils constituent une personnalité antisociale.

Personnalité borderline

Critères diagnostiques

301.83 (F60.3)

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (**N.B.** : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (**N.B.** : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité borderline est un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers.

Les sujets qui ont une personnalité borderline font des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (critère 1). La perception d'une séparation ou d'un rejet imminents ou la perte d'une structure externe peuvent profondément modifier l'image de soi, les affects, la cognition ou le comportement. Ces sujets sont très sensibles aux circonstances de l'environnement. Ils ressentent une peur intense d'être abandonnés et une colère inappropriée quand ils sont confrontés à une séparation, même compréhensible et limitée dans le temps, ou à une modification inévitable de l'emploi du temps (p. ex. ils sont brutalement bouleversés quand le praticien annonce que la consultation est terminée ou bien ressentent de la panique ou de la rage quand une personne importante à leurs yeux est en retard de quelques minutes ou doit annuler un rendez-vous). Ils peuvent croire qu'ils sont « abandonnés » parce qu'ils sont « mauvais ». Ces peurs d'être abandonné sont liées à l'intolérance à la solitude et au besoin d'avoir d'autres gens avec soi. Les efforts effrénés pour éviter l'abandon peuvent aller jusqu'à des actes impulsifs comme des automutilations ou des gestes suicidaires, décrits dans le critère 5.

Les sujets qui ont une personnalité borderline ont un mode de relations instables et intenses (critère 2). Ils peuvent idéaliser un partenaire potentiel ou une personne

qui pourrait s'occuper d'eux après seulement une ou deux rencontres, exiger de passer beaucoup de temps avec cette personne et partager les détails les plus intimes dès le début de la relation. Toutefois, ils peuvent basculer très vite de l'idéalisation à la dévalorisation, estimant que cette personne ne s'occupe pas assez d'eux, ne donne pas assez ou n'est pas assez présente. Ils peuvent éprouver de l'empathie et prendre soin d'autrui mais seulement dans l'attente que l'autre sera à son tour disponible pour satisfaire leurs besoins et exigences. Leur opinion des autres peut se retourner brusquement, le partenaire étant tour à tour vu comme un soutien généreux puis comme méchant et cruel. De telles oscillations traduisent souvent le fait qu'ils sont déçus par une personne dont le soutien était idéalisé, puis dont le rejet ou l'abandon est anticipé.

Il peut y avoir une perturbation de l'identité caractérisée par une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (critère 3). Il y a des retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels. Les idées et les projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, les valeurs et le type de fréquentations peuvent changer soudainement. Ces individus peuvent passer brutalement d'une position où ils quémangent de l'aide à l'idée qu'ils ont le droit de se venger pour les mauvais traitements reçus dans le passé. Bien que leur image de soi soit fondée sur la notion d'être bon ou mauvais, ils peuvent parfois avoir le sentiment de ne pas exister du tout. Ce sentiment survient habituellement dans les situations où le sujet ressent l'absence d'une relation significative, de soutien et de support. Leurs performances peuvent chuter quand le cadre professionnel ou scolaire est peu structuré.

Les individus qui ont une personnalité borderline font preuve d'impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables (critère 4). Ils peuvent jouer, dépenser de manière irresponsable, avoir des crises de boulimie, utiliser des drogues, s'engager dans des pratiques sexuelles dangereuses ou conduire de manière imprudente. On peut observer la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou de comportements automutilatoires (critère 5). Le décès par suicide survient chez 8 à 10 % de ces sujets et les automutilations (p. ex. brûlures, coupures) ainsi que les gestes ou menaces suicidaires sont très fréquents. Des comportements suicidaires répétés sont souvent à l'origine de la demande de soins. Ces actes autodestructeurs sont fréquemment précipités par des menaces de séparation ou de rejet ou par l'attente que le sujet assume plus de responsabilités. Des automutilations peuvent survenir pendant des expériences de dissociation ; elles soulagent souvent la personne en la rassurant sur le fait qu'elle est capable de sentir quelque chose ou en lui permettant d'expier son sentiment d'être mauvaise.

Les individus qui ont une personnalité borderline peuvent faire preuve d'une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. des épisodes de dysphorie intense, d'irritabilité ou d'anxiété qui durent habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) (critère 6). Leur humeur dysphorique de base est souvent entrecoupée de périodes de colère, de panique ou de désespoir et est plus rarement éclaircie par des périodes de bien-être ou de satisfaction. Ces épisodes peuvent refléter la sensibilité extrême de l'individu aux facteurs de stress interpersonnels. Ces sujets peuvent être troublés par des sentiments chroniques de vide (critère 7). Ils s'ennuient facilement et recherchent en permanence une occupation. Les individus qui ont une personnalité borderline expriment souvent des rages intenses et inappropriées ou ont des difficultés à contrôler leur colère (critère 8). Ils peuvent alors être très sarcastiques et acerbes et avoir des paroles très virulentes. La colère du sujet est souvent provoquée par l'impression que son partenaire ou la personne qui s'occupe de lui le néglige, ne donne pas assez, n'est pas assez attentionnée ou risque de le quitter. Ces accès de colère

sont souvent suivis par de la honte et de la culpabilité et contribuent à l'impression qu'à l'individu d'être mauvais. Une idéation persécutoire ou des symptômes dissociatifs transitoires (p. ex. de la dépersonnalisation) peuvent survenir pendant des périodes de stress extrêmes (critère 9) mais ont habituellement une sévérité et une durée insuffisantes pour justifier un diagnostic additionnel. Ces épisodes surviennent le plus souvent en réponse à un abandon réel ou imaginé. Les symptômes sont généralement transitoires et ne durent que quelques minutes à quelques heures. Le retour effectif de la personne qui s'occupe du sujet, ou ce qui est perçu comme tel, peut provoquer la rémission des symptômes.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Il arrive que les individus qui ont une personnalité borderline aient tendance à se saborder juste avant d'atteindre un but (p. ex. en quittant l'école juste avant d'obtenir un diplôme, en régressant sévèrement, juste après avoir discuté des progrès qu'ils ont faits sous traitement, en détruisant une bonne relation à un moment où il devient clair que cette relation est en passe de devenir durable). Certains sujets présentent des symptômes d'allure psychotique (p. ex. hallucinations, distorsions de l'image du corps, idées de référence et phénomènes hypnagogiques) pendant les périodes de stress. Ces personnes peuvent être plus rassurées par des objets transitionnels (p. ex. animal de compagnie ou objet inanimé) que par la relation avec une autre personne. Il existe un risque de décès prématuré par suicide, notamment en cas de trouble de l'humeur ou de trouble de l'usage d'une substance concomitants. Des handicaps physiques peuvent résulter d'un abus de substances ou de tentatives de suicide échouées. Il est fréquent d'observer des pertes d'emploi répétées, des études interrompues et des échecs conjugaux. On retrouve plus souvent dans l'enfance des sujets borderline des antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels, de négligence parentale, de conflits parentaux ou de perte ou de séparation parentale précoce. Parmi les troubles souvent associés, on note les troubles dépressifs et les troubles bipolaires, les troubles de l'usage d'une substance, les troubles des conduites alimentaires (notamment la boulimie), le trouble stress post-traumatique, le déficit de l'attention/hyperactivité. La personnalité borderline est aussi souvent associée à d'autres troubles de la personnalité.

Prévalence

La prévalence moyenne de la personnalité borderline dans la population est évaluée à 1,6 % (Torgersen 2009) mais elle peut atteindre 5,9 % (Grant et al. 2008). La prévalence de la personnalité borderline est d'environ 6 % dans les structures de soins primaires, d'environ 10 % chez les individus vus en consultation psychiatrique et d'approximativement 20 % chez les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie (Gundersen 2011 ; Gunderson et Links 2008). La prévalence de la personnalité borderline peut décroître dans les groupes plus âgés (Oltmanns et Balsis 2011).

Développement et évolution

L'évolution de la personnalité borderline est extrêmement variable. Le mode le plus fréquent est celui d'une instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes notables de perte du contrôle des affects et des impulsions ainsi qu'un recours important aux systèmes de soins et de santé mentale. La déficience et le risque de suicide qui résultent de ce trouble sont les plus élevés chez le jeune adulte et décroissent progressivement par la suite. Bien que la tendance aux émotions intenses, l'impulsivité et l'intensité dans les relations interindividuelles durent souvent toute la vie, les sujets

qui entament une action thérapeutique manifestent souvent une amélioration débutant parfois au cours de la 1^{re} année. La plupart de ces individus deviennent plus stables dans leurs relations et leur travail au cours de la trentaine et de la quarantaine. Des études de suivi menées chez des patients suivis en ambulatoire dans des centres de santé mentale montrent qu'au bout de dix années environ, jusqu'à la moitié des sujets n'ont plus un mode de comportement qui répond complètement aux critères de la personnalité borderline.

Facteurs de risque et pronostiques

Facteurs génétiques et psychophysiologiques. La personnalité borderline est environ cinq fois plus fréquente chez les parents biologiques du premier degré des sujets atteints que dans la population générale. Ce trouble est aussi associé à un risque familial accru pour les troubles de l'usage d'une substance, la personnalité antisociale et les troubles bipolaires ou dépressifs.

Questions diagnostiques liées à la culture

Le mode de comportement observé dans la personnalité borderline a été identifié dans de nombreux pays. Les adolescents et les jeunes adultes qui ont des problèmes d'identité (surtout quand ils sont associés à l'usage d'une substance) peuvent présenter transitoirement des comportements qui peuvent faire penser à tort à une personnalité borderline. Ces situations sont caractérisées par une instabilité émotionnelle, des dilemmes « existentiels », de l'incertitude, des choix générateurs d'anxiété, des conflits concernant l'orientation sexuelle et des pressions sociales contradictoires concernant les choix de carrière.

Questions diagnostiques liées au genre

Le diagnostic de personnalité borderline est fait plus souvent (dans environ 75 % des cas) chez la femme.

Diagnostic différentiel

Troubles dépressifs et bipolaires. La personnalité borderline est souvent observée en même temps que des troubles dépressifs ou bipolaires. Les deux diagnostics peuvent être portés quand les critères des deux entités sont remplis. Le tableau de la personnalité borderline, considéré à un instant donné, peut ressembler à un épisode d'un trouble dépressif ou bipolaire ; il est donc important que le clinicien s'assure que le mode de comportement en question a eu un début précoce et une longue évolution et ne se contente pas d'un tableau instantané pour porter un diagnostic de personnalité borderline.

Autres troubles de la personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certains traits en commun avec la personnalité borderline et peuvent être confondus avec elle. Il est donc important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité répondant aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité borderline, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Bien que la personnalité histrionique soit aussi caractérisée par une quête d'attention, un comportement manipulateur et des affects labiles, la personnalité borderline se distingue par son côté autodestructeur, par la rupture violente de relations proches et par des sentiments de vide profond et de solitude. Des idées persécutives et des illusions peuvent être présentes dans la personnalité borderline

comme dans la personnalité schizotypique mais ces symptômes sont plus transitoires, présentent plus de réactivité interpersonnelle et répondent davantage à l'effet structurant de l'environnement dans la personnalité borderline. Les personnalités paranoïaques et narcissiques peuvent aussi être caractérisées par des réactions coléreuses à des stimuli mineurs mais elles se distinguent de la personnalité borderline par la relative stabilité de l'image de soi, par l'absence relative de l'aspect autodestructeur, de l'impulsivité et de la crainte de l'abandon. La personnalité antisociale est caractérisée, comme la personnalité borderline, par un comportement manipulateur ; la manipulation vise toutefois, dans la personnalité antisociale, à obtenir un profit, du pouvoir ou un avantage matériel alors qu'elle a pour but dans la personnalité borderline de gagner l'attention des personnes qui s'occupent du patient. La peur d'être abandonné existe dans la personnalité dépendante et dans la personnalité borderline. Cependant l'individu borderline réagit à l'abandon avec des sentiments de vide affectif, de rage et des revendications tandis que la personne dépendante réagit en devenant petit à petit plus sereine et soumise et elle recherche de manière urgente une relation de substitution qui lui apportera soutien et soins. De plus, la personnalité borderline peut être différenciée de la personnalité dépendante par le mode typique de relations intenses et instables.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité borderline doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité borderline doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Problèmes d'identité. La personnalité borderline doit être différenciée d'un problème d'identité dont le cadre est réservé aux soucis concernant l'identité liés à une phase du développement (p. ex. l'adolescence) qui ne sont pas considérés comme un trouble mental.

Personnalité histrionique

Critères diagnostiques

301.50 (F60.4)

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui.
2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante.
3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
4. Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi.
5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails.
6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
7. Suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances.
8. Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité histrionique est un mode général de comportement fait de réponses émotionnelles et de quête d'attention excessives et envahissantes. Ce mode apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Les individus qui ont une personnalité histrionique sont mal à l'aise et ne se sentent pas appréciés quand ils ne sont pas au centre de l'attention d'autrui (critère 1). Avec une présentation animée et théâtrale, ils tendent à attirer l'attention sur eux et peuvent initialement charmer leurs nouvelles connaissances par leur enthousiasme, leur aspect ouvert et flirteur. Ces qualités deviennent toutefois moins appréciées au fur et à mesure que ces personnes continuent à réclamer d'être au centre de l'attention. Ces sujets veulent absolument être le point de mire. Ils peuvent éventuellement faire quelque chose de théâtral pour que l'attention soit centrée sur eux (p. ex. faire une scène ou inventer des histoires). Ce besoin est souvent apparent dans leur relation avec le médecin (p. ex. avec des flatteries, des cadeaux, des descriptions théâtrales de symptômes physiques et psychologiques qui sont remplacés par de nouveaux maux à chaque visite).

L'aspect et le comportement de ces individus sont souvent caractérisés par une attitude provocante et une séduction sexuelle inappropriées (critère 2). Ce comportement n'est pas seulement dirigé vers les personnes pour lesquelles le sujet a un intérêt amoureux ou sexuel mais survient dans un large éventail de relations sociales ou professionnelles sans que cela soit adapté au contexte. L'expression émotionnelle peut être superficielle et labile (critère 3). Ces individus utilisent régulièrement leur aspect physique pour attirer l'attention sur eux (critère 4). Il est excessivement important pour eux d'impressionner les autres par leur aspect et ils dépensent énormément de temps, d'énergie et d'argent pour leur habillement et leurs soins de beauté. Ils peuvent être en « quête de compliments » sur leur apparence et être trop facilement bouleversés par une remarque critique sur leur aspect ou par une photo d'eux qu'ils ne trouvent pas assez flatteuse.

Ces personnes ont une manière de parler qui est très subjective mais pauvre en détails (critère 5). Des opinions fortes sont exprimées avec beaucoup de panache dramatique mais les arguments sous-jacents sont habituellement vagues et imprécis et ne sont pas étayés par des faits ou des détails. Un individu qui a une personnalité histrionique peut par exemple affirmer que quelqu'un est un être fantastique mais être incapable de citer en pratique une qualité positive pour étayer cet avis. On observe chez ces sujets une dramatisation, un théâtralisme et une exagération de l'expression émotionnelle (critère 6). Ils peuvent embarrasser leurs amis ou leurs connaissances en faisant un étalage public de leurs émotions (p. ex. en embrassant des connaissances habituelles avec une ardeur excessive, en sanglotant de manière incontrôlée à propos d'événements sentimentaux mineurs ou en ayant des accès de colère). Leurs émotions semblent toutefois pouvoir être déclenchées et interrompues trop vite pour correspondre à des sentiments profonds, ce qui conduit les autres à les accuser de simulation.

Les individus qui ont une personnalité histrionique sont très suggestibles (critère 7). Leurs opinions et leurs sentiments sont facilement influencés par les autres ou par les modes. Ils peuvent être trop confiants, notamment avec les personnages qui ont une forte position d'autorité et qui peuvent être perçus comme capables de résoudre magiquement leurs problèmes. Ils ont tendance à suivre leurs intuitions et à adhérer rapidement à une conviction. Ces sujets considèrent souvent que leurs relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité et peuvent parler de chaque connaissance comme d'un « ami très cher » ou encore appeler par leur prénom des médecins qu'ils

n'ont rencontrés qu'une ou deux fois dans un cadre professionnel (critère 8). Ils peuvent souvent se perdre dans des fantasmes romantiques.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus qui ont une personnalité histrionique peuvent avoir des difficultés à arriver à un stade d'intimité émotionnelle dans les relations amoureuses ou sexuelles. Sans en être conscients, ils jouent souvent un rôle (p. ex. celui d'une « victime » ou d'une « princesse ») dans leurs relations avec les autres. Ils peuvent chercher à contrôler leur partenaire d'une certaine manière en le manipulant émotionnellement ou en le séduisant, tout en étant très dépendants de lui par ailleurs. Ces sujets ont souvent une relation altérée avec leurs amis du même sexe car, aux yeux de leurs amis, leur style de provocation sexuelle dans la relation interpersonnelle les fait paraître menaçants pour les relations de ces derniers. Ils peuvent s'aliéner leurs amis par leur revendication constante d'attention. Quand ils ne sont pas le centre de l'attention, ils deviennent souvent déprimés et affligés. Ils peuvent avoir un besoin intense de nouveauté, de stimulation et d'excitation et ont tendance à être ennuyés par la routine. Ces individus sont souvent intolérants ou frustrés quand la gratification n'est pas immédiate et leurs actions visent souvent à obtenir une satisfaction sans délai. Ils démarrent souvent un travail ou des projets avec beaucoup d'enthousiasme mais leur intérêt fléchit vite. Des relations durables peuvent être négligées au profit de relations dont la nouveauté est plus excitante.

Le risque réel de suicide est inconnu mais l'expérience clinique suggère que ces individus présentent un risque accru de gestes ou de menaces suicidaires dont le but est d'obtenir plus d'attention ou de soin. La personnalité histrionique a été associée à des taux plus élevés de trouble à symptomatologie somatique, de trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle) et de trouble dépressif caractérisé. L'association est fréquente avec les personnalités borderline, narcissiques, antisociales et dépendantes.

Prévalence

Des données de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcoolisme et les affections apparentées de 2001-2002 suggèrent une prévalence de 1,84 % pour la personnalité histrionique (Grant et al. 2004).

Questions diagnostiques liées à la culture

Les normes qui régissent le comportement interpersonnel, l'aspect personnel et l'expression des émotions varient notablement selon les cultures, le sexe et l'âge. Avant de considérer que les divers traits (p. ex. émotionnalité, séduction, théâtralisme de la relation interpersonnelle, quête de la nouveauté, sociabilité, côté charmeur, suggestibilité et tendance à la somatisation) sont des signes de personnalité histrionique, il est important d'évaluer s'ils causent une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative.

Questions diagnostiques liées au genre

Dans certains cadres cliniques, le diagnostic a été fait plus souvent chez la femme ; le rapport numérique entre les sexes correspondait toutefois à la proportion des hommes et des femmes dans ces divers contextes. En revanche, des études reposant sur des instruments d'évaluation structurés ont rapporté des prévalences similaires chez l'homme et chez la femme.

Diagnostic différentiel

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certains traits en commun avec la personnalité histrionique et peuvent être confondus avec elle. Il est donc important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité répondant aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité histrionique, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. La personnalité borderline peut aussi être caractérisée par une quête de l'attention, un comportement manipulateur et une labilité émotionnelle mais se distingue par son côté autodestructeur, des ruptures violentes des relations proches et des sentiments chroniques de vide profond et de perturbation de l'identité. On observe à la fois dans la personnalité antisociale et dans la personnalité histrionique une tendance à être impulsif, superficiel, à chercher l'excitation, à être téméraire, séducteur et manipulateur. Cependant, il y a dans la personnalité histrionique plus d'exagération des émotions et, typiquement, pas de comportements antisociaux. Dans la personnalité histrionique, la manipulation vise à obtenir des soins alors qu'elle a pour but dans la personnalité antisociale d'obtenir un profit, du pouvoir ou un avantage matériel. Il existe dans la personnalité narcissique un besoin intense de s'attirer l'attention d'autrui ; toutefois, ces sujets veulent surtout que leur nature « supérieure » soit reconnue tandis que la personne histrionique accepte d'être considérée comme fragile et dépendante si cela l'aide à obtenir de l'attention. Les individus qui ont une personnalité narcissique peuvent exagérer la proximité de leur relation avec certains personnages mais c'est surtout pour insister sur l'importance ou la richesse de leurs amis. Dans la personnalité dépendante, le patient a un besoin excessif des autres pour être félicité ou guidé mais sans les caractéristiques d'exagération, d'émotionnalité et de magnificence de la personnalité histrionique.

De nombreux individus présentent des traits de personnalité histrionique. Ce n'est que lorsque ces traits sont rigides, inadaptés, persistants et qu'ils causent une altération significative du fonctionnement ou une souffrance subjective qu'ils constituent une personnalité histrionique.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité histrionique doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. Elle doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Personnalité narcissique

Critères diagnostiques

301.81 (F60.81)

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport).
2. Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.

3. Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
 4. Besoin excessif d'être admiré.
 5. Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
 6. Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.
 7. Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui.
 8. Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient.
 9. Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité narcissique est un mode général envahissant de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Les individus qui ont cette personnalité ont un sens grandiose de leur propre importance (critère 1). Ils surestiment habituellement leurs capacités et exagèrent leurs réalisations, ce qui les fait paraître vantards et prétentieux. Ils supposent béatement que les autres auront la même estime pour leur activité et peuvent s'étonner que les louanges qu'ils attendent et pensent mériter fassent défaut. L'exagération de leurs propres réalisations s'accompagne souvent d'une sous-estimation (dévalorisation) implicite de la contribution des autres. Ces personnes sont souvent préoccupées par des fantasmes de succès sans limite, de puissance, d'éclat, de beauté ou d'amour idéal (critère 2). Elles peuvent ruminer sur l'admiration et les privilèges qu'elles devraient recevoir depuis longtemps déjà et elles se mettent au même niveau que des gens célèbres ou haut placés.

Les individus qui ont une personnalité narcissique pensent qu'ils sont supérieurs, spéciaux ou uniques et ils s'attendent à ce que les autres les reconnaissent comme tels (critère 3). Ils pensent parfois qu'ils ne peuvent être compris et entourés que par des gens qui sont eux-mêmes spéciaux ou ont un statut élevé et disent que leur entourage est « unique », « parfait » ou « brillant ». Les sujets narcissiques estiment que leurs besoins sont spéciaux et ne peuvent pas être compris par les gens ordinaires. L'estime d'eux-mêmes est accrue (en miroir) par la valeur idéalisée qu'ils attribuent à ceux qu'ils fréquentent. Ils insistent typiquement pour que seuls les « meilleurs » (médecins, avocats, coiffeurs ou instructeurs) s'occupent d'eux et ils ne peuvent relever que des « meilleurs » institutions. Ils dénigrent en revanche la qualification de ceux qui les ont déçus.

Les individus qui ont une personnalité narcissique ont habituellement un besoin excessif d'être admirés (critère 4). Leur estime d'eux-mêmes est en règle générale très fragile. Ils peuvent être préoccupés par le fait de savoir s'ils font bien les choses et comment ils sont considérés par les autres. Cela peut prendre la forme d'un besoin constant d'attention et d'admiration. Ils s'attendent parfois à être accueillis avec un tapis rouge et sont étonnés si les autres n'envient pas ce qu'ils possèdent. Ils cherchent constamment les éloges, souvent avec beaucoup de charme d'ailleurs. Ces sujets pensent que tout leur est dû et c'est ainsi qu'ils s'attendent à faire l'objet d'un traitement de faveur (critère 5). Ils s'attendent à ce que l'on s'occupe d'eux et sont étonnés ou furieux quand cela n'est pas le cas. Ils peuvent par exemple penser qu'ils n'ont pas à faire la queue et que leurs priorités sont tellement importantes que les autres n'ont qu'à s'incliner. Ils sont irrités quand ils ne sont pas aidés dans leur « travail très important ». Ce sens que les choses leur sont dues, associé à un manque de sensibilité aux besoins

et aux désirs d'autrui, peut aboutir à l'exploitation, consciente ou non, des autres (critère 6). Ils s'attendent à recevoir tout ce qu'ils souhaitent ou désirent, quelle qu'en soit la conséquence pour autrui. Ils peuvent ainsi s'attendre à ce que les autres leur soient très dévoués et leur imposer un travail excessif sans mesurer les conséquences que cela peut avoir sur leur vie privée. Ils ont tendance à nouer des relations amicales ou amoureuses seulement si cela leur est utile pour atteindre des objectifs ou augmenter leur estime d'eux-mêmes. Ils s'arrogent souvent des privilèges ou des ressources qu'ils pensent mériter en raison de leur nature exceptionnelle.

Les individus qui ont une personnalité narcissique ont généralement un manque d'empathie et des difficultés à prendre conscience des désirs, du vécu subjectif et des sentiments d'autrui (critère 7). Ils pensent habituellement que leur bien-être personnel est d'un grand intérêt pour autrui. Ils ont tendance à commenter leurs propres soucis avec une profusion inadaptée de détails et n'arrivent pas à reconnaître que les autres ont aussi des sentiments et des besoins. Ils sont souvent méprisants et impatientes quand les autres parlent de leurs propres problèmes ou soucis. Ils peuvent être inconscients de la peine que leurs remarques peuvent causer (p. ex. quand ils proclament à un expartenaire qu'ils ont maintenant « trouvé l'être de leur vie » ou quand ils vantent leur bonne santé devant un malade). Quand ils sont reconnus, les besoins, désirs ou sentiments d'autrui sont souvent considérés avec mépris comme des marques de faiblesse ou de vulnérabilité. Ceux qui entrent en relation avec des personnes narcissiques ressentent typiquement chez leur interlocuteur une froideur émotionnelle et un manque d'intérêt réciproque.

Les individus ayant une personnalité narcissique envient souvent les autres et croient que les autres les envient aussi (critère 8). Ils peuvent être jaloux du succès ou des biens des autres, pensant qu'eux-mêmes seraient plus dignes de ces réalisations, de cette gloire et de ces privilèges. Ils peuvent dévaloriser sèchement la contribution des autres, surtout si ces autres personnes ont reçu des distinctions ou des louanges pour leurs réalisations. Les personnes narcissiques sont fréquemment arrogantes et hautaines. Leur attitude est souvent snob, méprisante ou condescendante (critère 9). Des exemples typiques sont le fait de se plaindre qu'un serveur maladroit est « impoli » ou « stupide » ou de sortir d'un examen médical avec une évaluation condescendante du médecin.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

En raison de la fragilité de l'estime qu'ils ont pour eux-mêmes, les individus narcissiques sont très facilement « blessés » par la critique ou l'échec. Même s'ils n'en laissent rien paraître, ils peuvent être obsédés par les critiques reçues qui les laissent humiliés, dégradés et annihilés. Ils peuvent réagir par le dédain, la rage ou par une contre-attaque provocatrice. De telles expériences aboutissent souvent à un repli social et à une apparente humilité qui peut servir de protection et de masque aux sentiments de grandiosité. Les relations interpersonnelles sont typiquement perturbées par les difficultés qui résultent du sentiment que les choses leur sont dues, du besoin d'être admiré et du manque relatif d'égard pour la sensibilité d'autrui. Bien que l'excès d'ambition et de confiance en soi puisse mener à des réussites, les performances peuvent aussi être entravées par l'intolérance à la critique et à l'échec. Parfois, le fonctionnement professionnel peut être médiocre à cause de la réticence à prendre des risques dans des situations de compétition où l'échec est possible. Des sentiments prolongés de honte ou d'humiliation accompagnés d'une autocritique peuvent s'associer à un repli sur soi, à une humeur dépressive, et à un trouble dépressif persistant (dysthymie) ou un trouble dépressif caractérisé. Mais des périodes prolongées de grandiosité peuvent aussi être associées à une humeur hypomaniaque. La personnalité narcissique est en outre aussi

associée à l'anorexie mentale et aux troubles de l'usage d'une substance (particulièrement à ceux liés à la cocaïne). Les personnalités histrioniques, borderline, antisociales et paranoïaques peuvent aussi être associées à la personnalité narcissique.

Prévalence

Les estimations de la prévalence de la personnalité narcissique reposant sur les définitions du DSM-IV vont de 0 à 6,2 % dans des échantillons en population générale (Dhawan et al. 2010).

Développement et évolution

Des traits narcissiques peuvent être très courants chez les adolescents et n'indiquent pas forcément que le sujet présentera plus tard une personnalité narcissique. La personnalité narcissique peut entraîner des difficultés particulières d'adaptation lors des limitations professionnelles et physiques inhérentes au vieillissement.

Questions diagnostiques liées au genre

Le diagnostic de personnalité narcissique est fait dans 50 à 75 % des cas chez l'homme.

Diagnostic différentiel

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. D'autres troubles de la personnalité ont certains traits en commun avec la personnalité narcissique et peuvent être confondus avec elle. Il est alors important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité qui répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité narcissique, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Le trait le plus utile pour distinguer la personnalité narcissique des personnalités histrioniques, antisociales et borderline (dans lesquelles l'interaction avec autrui est respectivement empreinte de séduction, de manque d'égard brutal et de besoin avide) est la grandiosité qui est caractéristique de la personnalité narcissique. La relative stabilité de l'image de soi et l'absence relative de comportements autodestructeurs, d'impulsivité et de crainte d'être abandonné contribuent à distinguer la personnalité narcissique de la personnalité borderline. La fierté excessive pour ses propres réalisations, un certain manque d'expression des émotions et le mépris pour les sentiments d'autrui contribuent à distinguer la personnalité narcissique de la personnalité histrionique. On observe dans les personnalités borderline, histrioniques et narcissiques un grand besoin d'attention ; dans le cas de la personnalité narcissique, il doit s'agir d'une attention admirative. Les individus ayant une personnalité antisociale ou narcissique ont en commun une tendance à être volontaires, séducteurs, superficiels, à exploiter autrui et à manquer d'empathie. Toutefois, il n'y a pas nécessairement dans la personnalité narcissique des caractéristiques telles que l'impulsivité, l'agressivité et la tendance à tromper. De plus, on n'observe pas forcément dans la personnalité antisociale le besoin d'être admiré et envié par les autres, et les personnes narcissiques n'ont pas habituellement des antécédents de troubles des conduites dans l'enfance ou de comportements criminels à l'âge adulte. La personnalité narcissique et la personnalité obsessionnelle-compulsive ont en commun un goût pour le perfectionnisme et la croyance que les autres ne peuvent pas faire les choses aussi bien qu'elles. À la différence de la critique de soi-même que l'on observe dans la personnalité obsessionnelle-compulsive, les individus narcissiques ont plus

tendance à croire qu'ils sont réellement arrivés à la perfection. La méfiance et le repli social distinguent habituellement les personnalités schizotypiques et paranoïaques de la personnalité narcissique. Ces traits, quand ils sont observés chez des individus narcissiques, proviennent essentiellement d'une crainte que des imperfections ou des défauts soient exposés au regard des autres.

De nombreuses personnes qui réussissent brillamment ont des traits de personnalité qui peuvent être considérés comme narcissiques. Ce n'est que lorsque ces traits sont rigides, inadaptés, persistants et qu'ils causent une altération significative du fonctionnement ou une souffrance subjective qu'ils constituent une personnalité narcissique.

Manie ou hypomanie. Une grandiosité peut être le signe d'un épisode maniaque ou hypomaniaque. L'association avec une modification de l'humeur et une altération du fonctionnement permettent dans ces cas de distinguer ces épisodes de la personnalité narcissique.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité narcissique doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Groupe C des troubles de la personnalité

Personnalité évitante

Critères diagnostiques

301.82 (F60.6)

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hyper-sensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté.
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule.
4. Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales.
5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur.
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres.
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité évitante est un mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hyper-sensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Les individus qui ont une personnalité évitante évitent les activités scolaires ou professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqués, désapprouvés ou rejetés (critère 1). Des offres de promotion peuvent être rejetées par crainte d'être soumis à la critique de collaborateurs lors de nouvelles responsabilités. Ces personnes évitent d'initier de nouvelles relations amicales si elles ne sont pas certaines d'être acceptées sans critique (critère 2). Les autres sont censés être *a priori* critiques et désapprobateurs, tant que le passage d'un examen strict n'a pas prouvé le contraire. Ces sujets ne participent pas à des activités de groupe tant qu'on ne les a pas assurés clairement, et à plusieurs reprises, qu'ils seront soutenus et protégés. Des relations interpersonnelles intimes sont souvent difficiles mais toutefois possibles si le sujet est assuré d'être accepté sans réserve. Ces personnes sont souvent réservées, ont du mal à parler d'elles-mêmes et taisent leurs sentiments intimes par crainte d'être exposées à la honte, au ridicule ou au regard des autres (critère 3).

Les personnes qui ont une personnalité évitante ont peur d'être critiquées ou rejetées dans les situations sociales et elles ont, de par ce fait, une très grande sensibilité pour détecter ce type de réactions (critère 4). Elles peuvent se sentir très blessées par quelqu'un qui ne se montre que légèrement critique ou désapprobateur. Elles ont tendance à être timides, tranquilles et transparentes, craignant que, si quelqu'un leur prête attention, ce soit pour les humilier ou les rejeter. Elles estiment que ce qu'elles pourraient dire sera forcément jugé comme « faux » par les autres et elles préfèrent donc se taire. Elles réagissent fortement à des indices subtils de possible moquerie ou dérision. Malgré leur grande envie de participer à la vie sociale, elles craignent d'exposer leur sort à la merci d'autrui. Les sujets qui ont une personnalité évitante sont inhibés dans les situations interpersonnelles nouvelles parce qu'ils ne se sentent pas à la hauteur et ont une faible estime d'eux-mêmes (critère 5). Leurs doutes concernant leur compétence sociale et leur attirance deviennent évidents quand ils sont confrontés à des inconnus. Ils pensent être gauches socialement, sans attrait et inférieurs aux autres (critère 6). Ils sont particulièrement réticents à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras (critère 7). Ils exagèrent facilement les dangers potentiels de situations ordinaires et leur besoin de sécurité et de rassurement peut leur faire adopter un style de vie très étiqué. Ils peuvent par exemple annuler un entretien d'embauche par crainte de ne pas savoir s'habiller comme il faut et d'être mal à l'aise. De petits symptômes médicaux ou d'autres problèmes peuvent servir de justification pour éviter de nouvelles activités.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus qui ont une personnalité évitante épient souvent les mouvements et les expressions de ceux qu'ils rencontrent. Leur attitude craintive et crispée peut susciter la dérision et la moquerie, ce qui finit par renforcer les doutes qu'ils ont sur eux-mêmes. Ils ont très peur de réagir à la critique en rougissant ou en pleurant. Les autres les trouvent « timides », « inhibés », « solitaires » ou « isolés ». Ce trouble crée surtout des problèmes dans le fonctionnement social et professionnel. La faible estime de soi et la sensibilité excessive au rejet sont associées à une limitation des contacts interpersonnels. Ces personnes peuvent devenir relativement isolées et ne disposent généralement pas d'un réseau social étendu qui pourrait les soutenir et les aider à traverser des crises. Elles désirent être aimées et acceptées et peuvent fantasmer à propos de relations idéales avec les autres. Les comportements évitants peuvent aussi nuire au fonctionnement professionnel parce que ces sujets essaient d'éviter certains types de

situations sociales qui seraient importantes pour effectuer leur travail correctement ou pour obtenir de l'avancement.

Les autres troubles souvent associés à une personnalité évitante sont les troubles dépressifs, les troubles bipolaires et les troubles anxieux, particulièrement l'anxiété sociale (phobie sociale). Un diagnostic de personnalité évitante est souvent associé à celui de personnalité dépendante car les sujets qui ont une personnalité évitante deviennent souvent très liés à leurs rares amis et très dépendants d'eux. Le diagnostic de personnalité évitante tend aussi à être associé à celui de personnalité borderline ainsi qu'aux personnalités du groupe A (c.-à-d. paranoïaque, schizoïde ou schizotypique).

Prévalence

Des données de l'enquête épidémiologique nationale de 2001-2002 sur l'alcoolisme et les affections apparentées suggèrent une prévalence d'environ 2,4 % pour la personnalité évitante (Grant et al. 2004).

Développement et évolution

Le comportement évitant débute souvent dans la petite enfance ou dans l'enfance par de la timidité, un isolement et une peur des étrangers et des situations nouvelles. La timidité de l'enfance est certes un signe avant-coureur habituel de la personnalité évitante mais elle s'atténue toutefois avec l'âge chez la plupart des personnes. En revanche, les sujets chez lesquels se développera une personnalité évitante peuvent devenir encore plus timides et évitants lors de l'adolescence et au début de l'âge adulte, à un moment où les relations sociales avec de nouvelles personnes deviennent particulièrement importantes. Certains arguments suggèrent que la personnalité évitante tend à devenir moins accusée ou à s'atténuer avec l'âge. Ce diagnostic doit être porté avec beaucoup de prudence chez les enfants et les adolescents chez qui un comportement timide et évitant peut être adapté à certains stades du développement.

Questions diagnostiques liées à la culture

Il peut y avoir des variations dans le degré selon lequel des comportements de défi ou d'évitement sont adaptés dans différentes cultures ou ethnies. De plus, un comportement évitant peut résulter de difficultés d'acculturation chez un immigrant.

Questions diagnostiques liées au genre

La personnalité évitante semble aussi fréquente chez la femme que chez l'homme.

Diagnostic différentiel

Troubles anxieux. Il semble y avoir un chevauchement important entre la personnalité évitante et l'anxiété sociale (phobie sociale), au point que ces deux diagnostics sont peut-être des manières différentes de considérer des affections identiques ou similaires. De même, l'évitement est une caractéristique, tant de la personnalité évitante que de l'agoraphobie et ces deux troubles sont souvent observés en même temps.

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. Certains troubles de la personnalité ont des traits en commun avec la personnalité évitante et peuvent être confondus avec elle. Il est alors important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant,

si une personne présente des traits de personnalité qui répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité évitante, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Tant la personnalité évitante que la personnalité dépendante sont caractérisées par des sentiments de ne pas être à la hauteur, par une sensibilité excessive à la critique et par un besoin d'être rassuré. Toutefois, le souci principal dans la personnalité évitante est d'éviter l'humiliation et le rejet tandis que, dans la personnalité dépendante, il est d'être pris en charge. Ces deux personnalités coexistent toutefois souvent. Tout comme la personnalité évitante, les personnalités schizoïdes et schizotypiques sont caractérisées par un isolement social. Les personnes qui ont une personnalité évitante souhaiteraient cependant avoir des relations avec d'autres et ressentent leur solitude avec peine tandis que celles qui ont une personnalité schizoïde ou schizotypique peuvent être satisfaites et même préférer leur isolement social. La personnalité paranoïaque et la personnalité évitante sont toutes deux caractérisées par une réticence à se confier à autrui. Cependant, dans la personnalité évitante, cette réticence est due à une crainte d'être mal à l'aise ou de ne pas être à la hauteur plutôt qu'à une peur des attentions malfaisantes d'autrui.

De nombreuses personnes ont des traits de personnalité évitante. Ce n'est que lorsque ces traits sont rigides, mal adaptés et persistants et qu'ils causent une altération significative du fonctionnement ou une souffrance subjective qu'ils constituent un trouble de la personnalité.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité évitante doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité évitante doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Personnalité dépendante

Critères diagnostiques

301.6 (F60.7)

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.
2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie.
3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. (**N.B.** : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions.)
4. A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie).
5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6. Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.

7. Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin.
 8. Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.
-

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité dépendante est un besoin envahissant et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation. Ce mode général apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. Ces comportements dépendants et soumis visent à obtenir l'assistance d'autrui et naissent d'une perception de soi-même comme incapable de fonctionner adéquatement sans aide.

Les sujets qui ont une personnalité dépendante ont beaucoup de mal à prendre des décisions dans la vie quotidienne (p. ex. choisir la couleur de la chemise qui doit être portée au travail ou savoir s'il faut emporter un parapluie) sans être rassurés ou conseillés de manière excessive par autrui (critère 1). Ils ont tendance à être passifs et à autoriser d'autres personnes (souvent une personne précise) à prendre l'initiative et à assumer la responsabilité de la plupart des secteurs importants de leur existence (critère 2). Les adultes ayant ce trouble de la personnalité dépendent typiquement d'un parent ou d'un conjoint qui décide pour eux où vivre, quel travail faire, quels voisins fréquenter. Les adolescents ayant cette personnalité peuvent laisser leurs parents choisir leur tenue vestimentaire, leurs fréquentations, leurs loisirs et leur orientation scolaire et universitaire. Ce besoin que d'autres assument pour eux les responsabilités va au-delà d'un besoin d'aide adapté à l'âge et à la situation (p. ex. les besoins d'assistance des enfants et des personnes âgées ou handicapées). Une personnalité dépendante peut survenir chez quelqu'un qui souffre d'une affection médicale grave ou d'un handicap mais, dans ce cas, la difficulté à assumer des responsabilités doit dépasser ce qui serait normalement justifié par l'affection ou par le handicap.

Les individus qui ont une personnalité dépendante ont souvent du mal à exprimer leur désaccord, notamment avec la personne dont ils dépendent, en raison de leur crainte de ne plus être soutenus ou acceptés (critère 3). Ils se sentent tellement incapables de fonctionner seuls qu'ils accepteront des choses qu'ils savent pertinemment être fausses plutôt que de risquer de perdre l'aide de la personne dont ils dépendent. Ils ne savent pas se mettre en colère, quand cela serait nécessaire, contre les personnes qui leur apportent soutien ou appui, par peur de se les aliéner. Cependant, ce type de comportement ne doit pas être interprété comme un signe de personnalité dépendante si les conséquences que la personne redoute, du fait d'avoir exprimé son désaccord, sont réalistes (p. ex. dans le cas de la peur réaliste des réactions d'un conjoint violent).

Les individus qui présentent cette personnalité ont du mal à initier des projets ou à faire des choses seuls (critère 4). Ils manquent de confiance en eux-mêmes et pensent qu'ils ne peuvent pas commencer et réaliser une tâche sans aide. Ils attendront que d'autres commencent car ils pensent qu'en général les autres savent faire les choses mieux qu'eux-mêmes. Ils sont convaincus qu'ils ne peuvent pas fonctionner de manière indépendante et se présentent comme incapables et ayant besoin d'une assistance constante. Ils parviennent pourtant à fonctionner correctement s'ils reçoivent l'assurance que quelqu'un les supervise et les approuve. Ils craignent parfois de devenir ou de paraître plus compétents car ils pensent que cela peut les mener à être abandonnés. Comme ils se reposent sur les autres pour résoudre leurs problèmes, ils n'apprennent souvent pas à vivre seuls, ce qui perpétue leur dépendance.

Les individus qui ont une personnalité dépendante font des efforts excessifs pour s'assurer le soutien et l'appui des autres, au point de se porter volontaires pour des

tâches pénibles dans l'attente que ce comportement leur assure le soutien dont ils ont besoin (critère 5). Ils sont prêts à se plier aux demandes, même non raisonnables, des autres. Leur besoin de maintenir un lien important aboutira à une relation inégale ou déséquilibrée. Ils peuvent faire des sacrifices extraordinaires et tolérer de mauvais traitements, verbaux, physiques ou sexuels. Il faut noter que ce comportement ne doit être considéré comme un signe de personnalité dépendante que s'il est clairement établi que l'individu ne dispose pas d'autres possibilités. Les sujets présentant cette personnalité se sentent mal à l'aise ou impuissants quand ils sont seuls par crainte exagérée d'être incapables de se débrouiller (critère 6). Ils resteront à la traîne d'autres personnes qui sont importantes pour eux, même s'ils ne sont pas intéressés ou impliqués par ce qui se passe, seulement pour éviter de rester seuls.

Lorsqu'une relation proche se termine (p. ex. rupture avec un partenaire sexuel, décès de la personne qui s'occupe d'eux), les sujets qui ont une personnalité dépendante recherchent parfois de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont ils ont besoin (critère 7). Leur croyance d'être incapables de fonctionner sans l'étayage d'une relation proche pousse ces individus à s'attacher rapidement à la première personne venue. Ils sont souvent préoccupés par la crainte d'être laissés à se débrouiller seuls (critère 8). Ils se perçoivent comme tellement dépendants des conseils et de l'aide d'une autre personne importante pour eux qu'ils craignent d'être abandonnés par elle sans que rien ne vienne justifier cette crainte. Pour être retenues pour le diagnostic, ces craintes doivent être excessives et irréalistes. Par exemple, un homme cancéreux âgé qui vient habiter dans la famille de son fils pour que l'on s'occupe de lui fait preuve d'un comportement dépendant qui est adapté aux circonstances.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus qui ont une personnalité dépendante sont souvent caractérisés par le pessimisme et le doute d'eux-mêmes ; ils tendent à rabaisser leurs capacités et leurs dons et peuvent constamment se qualifier de « stupides ». Ils prennent la critique et le désaccord comme une preuve de leur incapacité et perdent foi en eux-mêmes. Ils peuvent rechercher de manière excessive à être protégés et dominés. Leur fonctionnement professionnel peut être entravé si une initiative indépendante est nécessaire. Ces sujets peuvent éviter les postes à responsabilité et devenir anxieux quand ils doivent prendre des décisions. Leurs relations sociales tendent à être limitées aux quelques personnes dont ils dépendent. Il peut y avoir un risque accru de troubles dépressifs, de troubles anxieux et de troubles de l'adaptation. La personnalité dépendante coexiste souvent avec d'autres troubles de la personnalité, notamment avec les personnalités borderline, évitantes et histrioniques. Une maladie somatique chronique ou une anxiété de séparation dans l'enfance ou l'adolescence peut prédisposer à l'apparition d'une personnalité dépendante.

Prévalence

Des données de l'enquête épidémiologique nationale sur l'alcoolisme et les affections apparentées de 2001-2002 font état d'une prévalence estimée pour la personnalité dépendante de 0,49 % (Grant et al. 2004) et, sur la base d'un sous-échantillon de probabilité issu de la réplcation de l'enquête nationale de comorbidité, d'une prévalence de 0,6 % (Lenzenweger et al. 2007).

Développement et évolution

Ce diagnostic doit être porté avec beaucoup de réserve et il doit même être évité chez les enfants ou les adolescents où un comportement dépendant peut faire partie d'un développement adapté.

Questions diagnostiques liées à la culture

Le degré selon lequel des comportements dépendants sont considérés comme adaptés varie notablement selon l'âge et le groupe socioculturel. L'âge et des facteurs culturels doivent donc être pris en compte dans l'évaluation du seuil exigé pour chaque critère. Un comportement dépendant ne doit être considéré comme caractéristique de ce trouble de la personnalité que lorsqu'il sort nettement des normes de la culture du sujet ou qu'il traduit des craintes irréalistes. L'accent mis sur la passivité, la politesse et le respect est caractéristique de certaines sociétés et peut être pris à tort pour un trait de personnalité dépendante. De même, certaines sociétés peuvent renforcer ou réprimer un comportement dépendant de manière différente chez l'homme et chez la femme.

Questions diagnostiques liées au genre

En pratique clinique, la personnalité dépendante a été diagnostiquée plus souvent chez la femme, bien que certaines études fassent état de taux de prévalence similaires chez les hommes et les femmes.

Diagnostic différentiel

Autres troubles mentaux et affections médicales. La personnalité dépendante doit être distinguée de la dépendance qui résulte d'autres troubles mentaux (p. ex. troubles dépressifs, trouble panique, agoraphobie) ou d'une autre affection médicale.

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. Certains troubles de la personnalité ont des traits en commun avec la personnalité dépendante et peuvent être confondus avec elle. Il est alors important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité qui répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité dépendante, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Bien que plusieurs troubles de la personnalité soient caractérisés par des traits dépendants, la personnalité dépendante peut être distinguée par un comportement essentiellement soumis, réactif et « collant ». La personnalité dépendante et la personnalité borderline sont toutes deux caractérisées par une peur d'être abandonné ; toutefois, la personne qui a une personnalité borderline réagit à l'abandon par des sentiments de vide émotionnel, de rage et en étant exigeante alors que celle qui a une personnalité dépendante réagit en étant plus calme et soumise et cherche de manière urgente une relation de remplacement qui lui apporte soins et soutien. La personnalité borderline peut de plus être distinguée de la personnalité dépendante par son mode typique de relations intenses et instables. Les sujets qui ont une personnalité histrionique ont, comme ceux qui ont une personnalité dépendante, un besoin important d'être rassurés et approuvés et peuvent sembler puérils et « collants ». Toutefois, à la différence de la personnalité dépendante qui est caractérisée par un comportement discret et docile, la personnalité histrionique est caractérisée par un côté grégaire hyperexpressif et une quête active d'attention. La personnalité dépendante et la personnalité évitante sont toutes deux caractérisées par des sentiments de ne pas être à la hauteur, par une sensibilité excessive à la critique et par un besoin d'être rassuré ; cependant, les personnalités évitantes craignent tellement d'être humiliées et rejetées qu'elles se replient sur elles-mêmes tant qu'elles ne sont pas certaines d'être acceptées. En revanche, les individus qui ont une personnalité dépendante ont un mode de comportement qui consiste à rechercher et à cultiver des relations avec d'autres personnes importantes au lieu d'éviter les relations et de se replier sur eux-mêmes.

De nombreuses personnes ont des traits de personnalité dépendante. Ce n'est que lorsque ces traits sont rigides, mal adaptés et persistants et qu'ils causent une altération significative du fonctionnement ou une souffrance subjective qu'ils constituent un trouble de la personnalité

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité dépendante doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité dépendante doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Personnalité obsessionnelle-compulsive

Critères diagnostiques

301.4 (F60.5)

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue.
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex. incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies).
3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
7. Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures.
8. Se montre rigide et têtu.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de la personnalité obsessionnelle-compulsive est une préoccupation par l'ordre, la perfection, le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens de la souplesse, de l'ouverture et de l'efficacité. Ce tableau apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Les sujets ayant une personnalité obsessionnelle-compulsive tentent de garder la maîtrise du contrôle par une attention laborieuse prêtée aux règles, aux détails mineurs, à l'organisation, aux listes, aux emplois du temps ou aux questions de forme, au point que le but essentiel de l'activité est perdu de vue (critère 1). Ces sujets sont très soigneux et ont tendance à répéter ce qu'ils font, ils consacrent une attention excessive aux détails et vérifient très souvent pour voir s'ils n'ont pas fait d'erreurs. Ils ne sont pas conscients du fait que les autres sont irrités par le retard

et la gêne qui résultent de ce comportement. Par exemple, quand ces sujets égarer une liste de tâches à réaliser, ils préféreront perdre un temps excessif à rechercher cette liste plutôt que de passer quelques instants à la réécrire de mémoire et de se mettre réellement au travail. Le temps est très mal géré, le plus important étant laissé pour la fin. Le perfectionnisme et le très haut niveau de performance que s'imposent ces personnes leur causent une souffrance et une gêne significatives dans leur fonctionnement. Ils peuvent passer tellement de temps à rendre chaque détail d'un projet absolument parfait que le projet lui-même n'aboutit jamais (critère 2). Par exemple, un rapport écrit ne peut pas être achevé car il doit sans cesse être réécrit et n'est jamais assez parfait. Les délais ne peuvent jamais être respectés et les aspects de la vie de l'individu qui ne sont pas au centre de son activité actuelle peuvent être très négligés.

Les individus obsessionnels-compulsifs se consacrent trop au travail et à la productivité aux dépens des loisirs et des relations amicales (critère 3). Ce comportement ne peut pas être attribué à des considérations d'ordre économique. Ces sujets ont souvent l'impression qu'ils ne peuvent pas s'accorder une soirée ou une fin de semaine pour sortir ou seulement pour se détendre. Des activités agréables comme les vacances sont sans arrêt repoussées au point que, parfois, elles ne surviennent jamais. Quand ils finissent par s'accorder du temps pour leurs loisirs ou leurs vacances, ils se sentent mal à l'aise s'ils n'ont pas emporté du travail avec eux pour ne pas « perdre » leur temps. Les tâches domestiques peuvent être très investies (le nettoyage peut être fait à fond de manière répétée au point qu'il serait possible de « manger par terre »). Le temps passé avec des amis l'est généralement sous la forme d'une activité dans un cadre structuré (p. ex. une activité sportive). Les passe-temps et les loisirs sont abordés comme des tâches sérieuses qui doivent être organisées et maîtrisées par un dur labeur. Une performance parfaite est importante. Ces sujets transforment les jeux en des tâches structurées (p. ex. ils corrigent un bébé qui n'empile pas des anneaux dans le bon ordre, ils veulent qu'un jeune enfant conduise son tricycle en ligne droite ou ils transforment une séance de sport en un cours pénible).

Les sujets obsessionnels-compulsifs sont parfois trop consciencieux, scrupuleux et rigides en matière de moralité, d'éthique ou de valeurs (critère 4). Ils peuvent se forcer eux-mêmes et forcer les autres à suivre des codes moraux et professionnels très stricts. Ils peuvent aussi être très critiques vis-à-vis de leurs propres erreurs. Ces individus respectent strictement l'autorité et les règles qui doivent être appliquées à la lettre sans pouvoir être adaptées aux circonstances. Par exemple, ces personnes ne prêteront pas un euro à un ami pour téléphoner pour obéir au principe selon lequel « tu ne prêteras et n'emprunteras pas » et pour ne pas donner de « mauvaises habitudes ». Ces caractéristiques ne sont pas expliquées par la culture ou les croyances religieuses de la personne.

Les individus obsessionnels-compulsifs sont souvent incapables de jeter des objets usés ou sans valeur, même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale (critère 5). Ils reconnaissent souvent leur collectionnisme. Ils pensent que jeter un objet est un gaspillage car « on ne sait jamais quand on aura besoin de quelque chose » et ils se mettent en colère si l'on essaye de jeter ce qu'ils ont accumulé. Leur conjoint ou les personnes qui vivent avec eux se plaignent souvent de toute la place qui est occupée par de vieux objets, des magazines, des appareils cassés, etc.

Les personnes obsessionnelles-compulsives ont du mal à déléguer des tâches ou à travailler avec d'autres (critère 6). Elles insistent, avec entêtement et sans raison, pour que l'on fasse les choses à leur manière et pour que les gens suivent leurs consignes. Elles donnent souvent des instructions très détaillées sur la manière de faire quelque chose (p. ex. il n'y a qu'une seule manière de tondre la pelouse, de faire la vaisselle ou de construire une niche pour le chien) et elles sont surprises et irritées si d'autres

suggèrent des alternatives utiles. Elles peuvent parfois refuser d'être aidées, même si elles sont en retard, parce qu'elles pensent que personne d'autre ne peut faire les choses correctement.

Les individus obsessionnels-compulsifs sont souvent avares et radins et vivent largement en dessous de leurs moyens, avec l'idée que leurs dépenses doivent être étroitement surveillées afin de pouvoir faire face à d'éventuelles catastrophes (critère 7). Les sujets obsessionnels-compulsifs sont caractérisés par leur rigidité et leur entêtement (critère 8). Ils sont tellement préoccupés par la réalisation des choses selon la « seule manière correcte » qu'ils ont du mal à accepter les idées de quelqu'un d'autre. Ils prévoient tout à l'avance de manière très détaillée et ont des difficultés à envisager des changements. Ils sont tellement absorbés par leur manière de voir les choses qu'ils ne peuvent pas prendre en considération les points de vue des autres. Ils exaspèrent leurs amis et leurs collègues par leur rigidité permanente. Même quand ils reconnaissent qu'un compromis serait dans leur intérêt, ils peuvent camper avec rigidité sur leurs positions pour des « questions de principe ».

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

La prise de décision peut devenir très longue et difficile quand la bonne réponse n'est pas dictée par les règles et les habitudes. Les personnes obsessionnelles-compulsives peuvent avoir tellement de mal à décider quelle tâche est prioritaire ou quelle est la meilleure manière de procéder qu'elles n'arrivent jamais à démarrer quoi que ce soit. Elles se fâchent ou s'irritent facilement quand elles perdent le contrôle de leur environnement physique ou interpersonnel ; toutefois, la colère est typiquement exprimée de manière indirecte. Une personne se met par exemple en colère si le service dans un restaurant est mal fait mais, au lieu de se plaindre au patron, elle va ruminer sur le pourboire à laisser. La colère peut se traduire à d'autres occasions par un courroux indigné à propos d'une affaire apparemment mineure. Les individus obsessionnels-compulsifs sont souvent très attentifs à leur position relative dans les rapports de soumission et de domination ; ils sont souvent excessivement soumis à l'autorité qu'ils respectent et résistent à celle qu'ils ne respectent pas.

Ces individus expriment souvent leur affection de manière contrôlée ou formelle et sont parfois mis mal à l'aise par les personnes qui sont très expressives émotionnellement. Leurs relations quotidiennes ont un aspect formel et guindé et ils peuvent être rigides dans des situations où d'autres seraient souriants et heureux (p. ex. en allant accueillir l'être aimé à l'aéroport). Ils se contrôlent soigneusement jusqu'à ce qu'ils soient sûrs que ce qu'ils vont dire est parfait. Ils peuvent beaucoup privilégier la logique et l'intellect et être très intolérants des comportements émotionnels chez autrui. Ils ont souvent du mal à exprimer des sentiments tendres et font rarement des compliments. Ces personnes peuvent rencontrer des difficultés au travail et se sentir mal à l'aise quand elles sont confrontées à des situations nouvelles qui exigent de la souplesse et des compromis.

Les sujets ayant des troubles anxieux, notamment une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, une anxiété sociale (phobie sociale) et des phobies spécifiques sont plus à même d'avoir une perturbation de la personnalité qui remplit les critères du trouble obsessionnel-compulsif de la personnalité. Cela étant, la majorité des individus qui ont un trouble obsessionnel-compulsif n'ont pas un mode de comportement qui répond aux critères de ce trouble de la personnalité. De nombreux traits de la personnalité obsessionnelle-compulsive sont aussi caractéristiques de la personnalité de « type A » (p. ex. la préoccupation par le travail, la compétition, le fait d'être pressé par le temps) et ces caractéristiques peuvent être présentes chez les personnes qui ont un

risque élevé d'infarctus du myocarde. Il peut exister une association entre la personnalité obsessionnelle-compulsive et les troubles dépressifs, les troubles bipolaires et les troubles des conduites alimentaires.

Prévalence

La personnalité obsessionnelle-compulsive est l'un des troubles de la personnalité les plus fréquents en population générale. La prévalence estimée s'étend de 2,1 à 7,9 % (Grant et al. 2004 ; Lenzenweger et al. 2007 ; Torgersen 2009).

Questions diagnostiques liées à la culture

Dans la recherche des critères d'une personnalité obsessionnelle-compulsive, le clinicien ne doit pas inclure les comportements correspondant aux habitudes, aux coutumes ou aux styles de relation interpersonnelle qui font partie des normes culturelles du groupe de référence de l'individu. Certaines cultures accordent beaucoup d'importance au travail et à la productivité ; les comportements qui sont la conséquence de ces normes culturelles ne doivent pas être considérés comme des signes de personnalité obsessionnelle-compulsive.

Questions diagnostiques liées au genre

Dans les études systématiques, un diagnostic de personnalité obsessionnelle-compulsive est fait deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Diagnostic différentiel

Trouble obsessionnel-compulsif. Malgré la similitude des appellations, le trouble obsessionnel-compulsif est d'habitude facilement distingué de la personnalité obsessionnelle-compulsive par la présence de véritables obsessions et compulsions. Lorsque les critères des deux troubles sont remplis, les deux diagnostics doivent être enregistrés.

Thésaurisation pathologique (sylllogomanie). Un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif doit être considéré quand la thésaurisation devient extrême (p. ex. quand les tas d'objets sans valeur accumulés créent un risque en cas d'incendie et gênent le passage dans la maison). Lorsque les critères de la personnalité obsessionnelle-compulsive et ceux de la thésaurisation pathologique sont tous deux réunis, les deux diagnostics doivent être enregistrés.

Autres troubles de la personnalité et traits de personnalité. Certains troubles de la personnalité ont des traits en commun avec la personnalité obsessionnelle-compulsive et peuvent être confondus avec elle. Il est alors important de distinguer ces troubles en se fondant sur les éléments caractéristiques qui les différencient les uns des autres. Cependant, si une personne présente des traits de personnalité qui remplissent les critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité en plus de la personnalité obsessionnelle-compulsive, tous les diagnostics peuvent être portés simultanément. Les individus qui ont une personnalité narcissique peuvent aussi être perfectionnistes et penser que les autres ne peuvent pas faire les choses aussi bien qu'eux ; cependant, ils ont plus tendance à croire qu'ils ont fait les choses de manière parfaite alors que les sujets qui ont une personnalité obsessionnelle-compulsive sont habituellement critiques vis-à-vis d'eux-mêmes. Les individus ayant une personnalité narcissique ou une personnalité antisociale manquent également de générosité mais s'accordent beaucoup de choses à eux-mêmes ; en revanche, on observe dans la personnalité obsessionnelle-compulsive

une avarice, tant à l'égard de soi-même que vis-à-vis des autres. Un aspect formel et un détachement social existent tant dans la personnalité schizoïde que dans la personnalité obsessionnelle-compulsive. Dans cette dernière, cela provient d'une gêne provoquée par les émotions et d'une dévotion excessive au travail, tandis qu'il y a dans la personnalité schizoïde une inaptitude fondamentale à l'intimité.

Des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, lorsqu'ils restent modérés, peuvent être particulièrement adaptés, notamment dans les situations où la performance est récompensée. Ce n'est que lorsque ces traits sont rigides, mal adaptés et persistants et qu'ils causent une altération significative du fonctionnement ou une souffrance subjective qu'ils constituent une personnalité obsessionnelle-compulsive.

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale. La personnalité obsessionnelle-compulsive doit être distinguée de la modification de la personnalité due à une autre affection médicale où les traits de personnalité qui émergent sont imputables aux effets d'une autre affection médicale sur le système nerveux central.

Troubles de l'usage d'une substance. La personnalité obsessionnelle-compulsive doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'usage persistant d'une substance.

Autres troubles de la personnalité

Modification de la personnalité due à une autre affection médicale

Critères diagnostiques

310.1 (F07.0)

- A. Perturbation persistante de la personnalité représentant un changement par rapport aux caractéristiques antérieures de personnalité de l'individu.
N.B. : Chez l'enfant, la perturbation implique une déviation marquée par rapport au développement normal ou un changement significatif dans les modes comportementaux habituels persistant au moins un an.
- B. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est une conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (y compris un autre trouble mental dû à une autre affection médicale).
- D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un état confusionnel (delirium).
- E. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier le type :

Type labile : Si la caractéristique prédominante est une labilité affective.

Type désinhibé : Si la caractéristique prédominante est un faible contrôle des impulsions, responsable, p. ex. de conduites sexuelles inconsidérées.

Type agressif : Si la caractéristique prédominante est un comportement agressif.

Type apathique : Si la caractéristique prédominante est une apathie marquée et de l'indifférence.

Type paranoïaque : Si la caractéristique prédominante est une méfiance ou une idéation persécutoire.

Autre type : Si la présentation n'est caractérisée par aucun des sous-types ci-dessus.

Type combiné : Si le tableau clinique est dominé par plus d'une caractéristique.

Type non spécifié

Note de codage : Ajouter le nom de l'autre affection médicale (p. ex. 310.1 [F07.0] modification de la personnalité due à une épilepsie du lobe temporal). L'autre affection médicale doit être codée et listée séparément, immédiatement avant le trouble de la personnalité dû à une autre affection médicale (p. ex. 345.40 [G40.209] épilepsie du lobe temporal ; 310.1 [F07.0] modification de la personnalité due à une épilepsie du lobe temporal).

Sous-types

La particularité de la modification peut être spécifiée en indiquant quelle présentation symptomatique prédomine dans le tableau clinique.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle d'une modification de la personnalité due à une autre affection médicale consiste en une perturbation persistante de la personnalité jugée être une conséquence physiologique directe d'une affection médicale. La perturbation de la personnalité représente un changement par rapport aux caractéristiques antérieures de la personnalité de l'individu. Chez l'enfant, la perturbation se manifeste par une déviation marquée par rapport au développement normal plutôt que par un changement par rapport à des caractéristiques stables de personnalité (critère A). On doit mettre en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la modification de la personnalité est due aux effets physiologiques directs d'une autre affection médicale (critère B). On ne porte pas le diagnostic si la perturbation est mieux expliquée par un autre trouble mental (critère C). On ne porte pas le diagnostic si la perturbation survient exclusivement au cours d'un état confusionnel (delirium) (critère D). La perturbation doit aussi être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère F).

Les manifestations courantes de la modification de la personnalité comprennent une instabilité affective, un faible contrôle des impulsions, des bouffées d'agressivité ou de colère hors de proportions avec un quelconque stress psychosocial déclenchant, une apathie marquée, de la méfiance et une idéation persécutoire. La phénoménologie du changement de personnalité est indiquée par l'utilisation des sous-types listés dans les critères diagnostiques. Un individu présentant ce trouble est souvent décrit par son entourage comme « n'étant plus lui-même ». Bien que ce trouble partage le terme « personnalité » avec les autres troubles de la personnalité, il se distingue de ces derniers par une étiologie spécifique, une phénoménologie différente et une plus grande variabilité de l'âge de survenue et de l'évolution.

La présentation clinique pour un individu donné peut dépendre de la nature et de la localisation du processus pathologique. Par exemple, une lésion du lobe frontal peut provoquer une altération du jugement, de l'imprévision, des comportements facétieux, une désinhibition et de l'euphorie. Dans les accidents vasculaires cérébraux de l'hémisphère droit, les modifications de la personnalité sont souvent en rapport avec une négligence de l'hémicorps, une anosognosie (c.-à-d. une incapacité à reconnaître des déficits corporels ou fonctionnels comme une hémiparésie), une inconsistance motrice et d'autres déficits neurologiques.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

De nombreuses affections neurologiques ou d'autres affections médicales peuvent occasionner des modifications de la personnalité, comme les néoplasies du système nerveux central, les traumatismes crâniens, les maladies cérébro-vasculaires, la maladie de Huntington, l'épilepsie, les maladies infectieuses touchant le système nerveux central (p. ex. le virus de l'immunodéficience humaine), les affections endocriniennes (p. ex. l'hypothyroïdie, l'hypo- ou l'hypercorticisme), les affections auto-immunes (p. ex. le lupus érythémateux systémique). Le résultat de l'examen physique, les examens complémentaires et le mode de prévalence et de survenue reflètent ceux de l'affection neurologique ou des autres affections médicales en question.

Diagnostic différentiel

Affections médicales chroniques associées à une douleur ou à une incapacité. Les affections médicales chroniques associées à une douleur ou à une incapacité peuvent aussi être associées à des modifications de la personnalité. On ne pose le diagnostic de modification de la personnalité que si la modification est due à un ajustement comportemental ou psychologique en réponse à une autre affection médicale (p. ex. des comportements de dépendance résultant d'un besoin d'assistance après un traumatisme crânien sévère, une maladie cardiovasculaire ou une démence).

État confusionnel (delirium) ou trouble neurocognitif majeur. Une modification de la personnalité est une caractéristique fréquemment associée à un état confusionnel ou à une démence. On ne porte pas un diagnostic distinct de modification de la personnalité due à une autre affection médicale si le changement survient exclusivement au cours d'un état confusionnel. Toutefois, le diagnostic de modification de la personnalité due à une autre affection médicale peut être porté en plus du diagnostic d'état confusionnel si la modification de la personnalité occupe une place prépondérante dans la présentation clinique.

Autre trouble mental dû à une autre affection médicale. Le diagnostic de modification de la personnalité due à une autre affection médicale n'est pas porté si la perturbation est mieux expliquée par un autre trouble mental dû à une autre affection médicale (p. ex. un trouble dépressif dû à une tumeur cérébrale).

Troubles de l'usage d'une substance. Des changements de personnalité peuvent aussi survenir dans le contexte des troubles de l'usage d'une substance. Le clinicien doit soigneusement s'enquérir de la nature et de l'importance de l'utilisation de la substance. Si le clinicien souhaite indiquer une relation étiologique entre le changement de personnalité et l'usage d'une substance, la catégorie non spécifiée concernant la substance spécifique peut être utilisée (p. ex. trouble de l'usage d'une substance stimulante non spécifiée).

Autres troubles mentaux. Des changements marqués de personnalité peuvent aussi être une caractéristique associée d'autres troubles mentaux (p. ex. schizophrénie, trouble délirant, troubles dépressifs et troubles bipolaires, autre trouble disruptif du comportement, spécifié ou non spécifié, troubles du contrôle des impulsions, troubles des conduites, trouble panique). Néanmoins, dans ces troubles, aucun facteur physiologique spécifique n'est jugé être étiologiquement lié au changement de personnalité.

Autres troubles de la personnalité. Une modification de personnalité due à une autre affection médicale peut être distinguée d'un trouble de la personnalité dans la mesure où il y a dans le premier cas de figure une modification cliniquement significative par rapport aux modes antérieurs de fonctionnement de la personnalité et la présence d'une affection médicale causale spécifique.

Autre trouble de la personnalité spécifié

301.89 (F60.89)

Cette catégorie s'applique aux présentations dans lesquelles des symptômes caractéristiques d'un trouble de la personnalité sont responsables d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais sans que la totalité des critères de l'une quelconque des classes diagnostiques de troubles de la personnalité soient entièrement remplis. La catégorie d'autre trouble spécifié de la personnalité est utilisée dans les situations dans lesquelles le clinicien choisit de communiquer la raison pour laquelle la présentation ne remplit les critères d'aucun trouble spécifique de la personnalité. Cela est fait en enregistrant « autre trouble spécifié de la personnalité » suivi de la raison spécifique (p. ex. « caractéristiques mixtes de personnalité »).

Trouble de la personnalité non spécifié

301.9 (F60.9)

Cette catégorie est réservée aux cas où des symptômes caractéristiques d'un trouble de la personnalité sont responsables d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais sans que la totalité des critères de l'une quelconque des classes diagnostiques de troubles de la personnalité soient entièrement remplis. La catégorie du trouble non spécifié de la personnalité est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de *ne pas* spécifier la raison pour laquelle les critères ne sont pas remplis pour un trouble de la personnalité spécifique ; elle inclut aussi les cas où l'information est insuffisante pour faire un diagnostic plus spécifique.

Références

Troubles de la personnalité

- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948-958, 2004 15291684
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553-564, 2007 17217923

Groupe A des troubles de la personnalité

- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948-958, 2004 15291684
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553-564, 2007 17217923

Personnalité schizoïde

- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948–958, 2004 15291684
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553–564, 2007 17217923

Personnalité schizotypique

- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553–564, 2007 17217923
- Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, et al: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 11(2):53–67, 2009 19617934

Groupe B des troubles de la personnalité

- Bucholz KK, Hesselbrock VM, Heath AC, et al: A latent class analysis of antisocial personality disorder symptom data from a multi-centre family study of alcoholism. *Addiction* 95(4):553–567, 2000 10829331
- Goldstein RB, Dawson DA, Saha TD, et al: Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clin Exp Res* 31(5):814–828, 2007 17391341
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553–564, 2007 17217923
- Moran P: The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34(5):231–242, 1999 10396164
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch General Psychiatry* 58(6):590–596, 2001 11386989

Personnalité borderline

- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 69(4):533–545, 2008 18426259
- Gunderson JG: Clinical practice: borderline personality disorder. *N Engl J Med* 364(21):2037–2042, 2011 21612472
- Gunderson JG, Links P: *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 2nd Edition., Washington, DC, 2008, American Psychiatric Publishing
- Oltmanns TF, Balsis S: Personality disorders in later life: questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 7:321–349, 2011 21219195
- Torgersen S: The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol* 50(6):624–632, 2009 19930262

Personnalité histrionique

- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948–958, 2004 15291684

Personnalité narcissique

- Dhawan N, Kunik ME, Oldham J, Coverdale J: Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Compr Psychiatry* 51(4):333–339, 2010 20579503

Groupe C des troubles de la personnalité

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948–958, 2004 15291684

Personnalité dépendante

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65(7):948–958, 2004 15291684

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553–564, 2007 17217923

Personnalité obsessionnelle-compulsive

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al: Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(4):361–368, 2004 15066894

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62(6):553–564, 2007 17217923

Torgersen S: The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol* 50(6):624–632, 2009 19930262

Page laissée en blanc intentionnellement.

Troubles paraphiliques

Les troubles paraphiliques¹ traités dans ce manuel sont le trouble voyeurisme (espionner des personnes dans leur vie privée), le trouble exhibitionnisme (exposer ses organes génitaux), le trouble frotteurisme (toucher ou se frotter contre une personne non consentante), le trouble masochisme sexuel (subir des humiliations, des souffrances, se faire attacher), le trouble sadisme sexuel (infliger des humiliations, des souffrances, ou attacher quelqu'un), le trouble pédophilie (sexualité orientée vers les enfants), le trouble fétichisme (utilisation d'objets ou intérêt hautement spécifique pour des parties non génitales du corps) et le trouble transvestisme (excitation sexuelle due au fait de se travestir). Ces troubles ont traditionnellement été sélectionnés pour faire l'objet d'une cotation spécifique et d'une attribution de critères diagnostiques explicites dans le DSM pour deux raisons principales : ils sont relativement courants par rapport aux autres paraphilies, et certains d'entre eux pour être satisfaits entraînent des actions qui, par leur caractère nocif ou pouvant potentiellement porter préjudice à quelqu'un, sont considérées comme criminelles. Les huit troubles répertoriés ne constituent pas une liste exhaustive des paraphilies existantes. Plusieurs douzaines de paraphilies différentes ont été identifiées et nommées, et presque toutes pourraient, en vertu de leurs conséquences négatives pour la personne ou pour les autres, atteindre le niveau d'un trouble paraphilique. Les diagnostics d'« autre trouble paraphilique spécifié » ou « non spécifié » sont par conséquent indispensables et seront requis dans de nombreux cas.

Dans ce chapitre, l'ordre de présentation des troubles paraphiliques listés correspond généralement au schéma courant de classification pour ces maladies. Le premier groupe de troubles repose sur la *préférence pour des activités anormales*. Ces troubles sont divisés en *troubles des moyens de séduction*, qui regroupent les composants dysfonctionnels des comportements de séduction humains (voyeurisme, exhibitionnisme et frotteurisme) et les troubles *algolagniques*², qui impliquent douleur et souffrance (trouble masochisme sexuel et trouble sadisme sexuel). Le deuxième groupe de troubles repose sur la *préférence de cibles anormales*. Ces troubles comprennent, premièrement, ceux dirigés vers des personnes (trouble pédophilie) et, deuxièmement, ceux dirigés ailleurs (trouble fétichisme et trouble transvestisme).

Le terme *paraphilie* renvoie à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant. Dans certaines circonstances, le critère « intense et persistant » peut être difficile à appliquer comme pour l'évaluation des personnes qui sont très âgées ou malades et qui ne peuvent pas

1. NDT. Un changement important dans ce chapitre par rapport au DSM-IV réside dans l'appellation des troubles dont la traduction française risque d'apparaître comme peu euphonique. Les termes de « voyeurisme », « exhibitionnisme », « frotteurisme » etc. ont disparu et sont remplacés par « trouble voyeurisme », « trouble frotteurisme », « trouble exhibitionnisme », etc. Les auteurs du DSM-5 ont en effet considéré qu'une paraphilie comme le voyeurisme, l'exhibitionnisme ou le masochisme n'est un trouble que si elle cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez le sujet lui-même ou si elle entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes. Le fait d'avoir une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et une paraphilie en soi ne requiert pas nécessairement une intervention clinique.
2. NDT. Du grec ἄλγος algos (douleur) λαγνεία lagneia (rapports sexuels), correspond au sadisme et au masochisme.

avoir d'intérêts sexuels « intenses » d'une quelconque manière. Dans de telles circonstances, le terme *paraphilie* peut être défini comme tout intérêt plus important ou égal aux intérêts sexuels normophiliques. Il existe aussi des paraphilies spécifiques qui sont généralement mieux définies comme des intérêts sexuels *préférentiels* plutôt que des intérêts sexuels intenses.

Quelques paraphilies se rapportent essentiellement aux activités érotiques et d'autres essentiellement aux cibles érotiques. Dans ce cadre, on trouvera, par exemple, un intérêt intense et persistant pour des actions telles que donner la fessée, fouetter, attacher, couper ou étrangler une autre personne ou bien un intérêt pour ces activités, équivalent ou supérieur, à celui de faire l'amour ou à une interaction équivalente avec une autre personne. Pour ce dernier point, on citera l'intérêt sexuel intense et préférentiel pour les enfants, les cadavres ou les amputés (comme une catégorie), ou bien l'intérêt préférentiel pour les animaux comme les chevaux ou les chiens, ou bien encore pour les objets comme les chaussures ou les objets en latex.

Un *trouble paraphilique* est une paraphilie qui cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez l'individu ou une paraphilie dont la satisfaction a entraîné un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes. Le fait d'avoir une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et une paraphilie en soi ne justifie ou ne requiert pas nécessairement une intervention clinique.

Dans l'ensemble des critères diagnostiques de la liste des troubles paraphiliques, le critère A spécifie la nature qualitative de la paraphilie (p. ex. une focalisation érotique sur les enfants ou une exposition de ses organes génitaux à des étrangers) et le critère B spécifie les conséquences négatives de la paraphilie (p. ex. détresse, altération du fonctionnement, préjudice pour autrui). En conservant la distinction entre paraphilies et troubles paraphiliques, le terme *diagnostic* doit être réservé aux individus qui répondent aux deux critères A et B (c.-à-d. les sujets qui présentent un trouble paraphilique). Si une personne répond au critère A mais pas au critère B pour une paraphilie donnée, cas qui peut se rencontrer lorsqu'on découvre la présence d'une paraphilie bénigne au cours d'une évaluation clinique d'une autre maladie, on peut alors dire que l'individu présente une paraphilie et non un trouble paraphilique.

Il n'est pas rare qu'un individu présente deux troubles paraphiliques ou plus. Dans certains cas, les focalisations paraphiliques sont étroitement liées et la relation entre les paraphilies est intuitivement compréhensible (p. ex. fétichisme pour les pieds et fétichisme pour les chaussures). Dans d'autres cas, la relation entre les paraphilies n'est pas évidente et la présence de multiples paraphilies peut être une coïncidence, ou bien due à une vulnérabilité générale à des anomalies du développement psychosexuel. Dans tous les cas, la recherche des diagnostics comorbides des différentes paraphilies doit être effectuée si plus d'un trouble paraphilique est la cause d'une souffrance pour l'individu ou de préjudice chez un tiers.

Étant donné que la démarche diagnostique pour les troubles paraphiliques comporte deux volets distincts, les outils auto ou hétéro-administrés et les évaluations de la sévérité doivent préciser à la fois l'intensité de la paraphilie en elle-même et aussi la gravité de ses conséquences. Bien que la détresse et l'altération du fonctionnement stipulées dans le critère B aient la particularité d'être la conséquence immédiate ou finale de la paraphilie et non, en premier lieu, la conséquence d'autres facteurs, les manifestations de dépression réactive, d'anxiété, de culpabilité, de problèmes professionnels, de relations sociales détériorées et d'autres encore, ne sont pas spécifiques et peuvent être quantifiées par des mesures multidimensionnelles du fonctionnement psychosocial ou de qualité de vie.

Le cadre le plus apte à évaluer l'intensité d'une paraphilie est celui dans lequel les fantasmes sexuels, les envies irrépessibles ou les comportements paraphiliques des personnes examinées sont comparés à leurs intérêts sexuels et leurs comportements normophiliques. Au cours d'un entretien clinique ou dans les questionnaires auto-administrés, on peut demander aux personnes examinées si leurs fantasmes sexuels, leurs envies irrépessibles ou leurs comportements paraphiliques ont une intensité plus faible, approximativement égale ou plus forte que leurs intérêts sexuels et leurs comportements normophiliques. Le même type de comparaison, et c'est ce qui est généralement fait, peut être effectué par des mesures psychophysiologiques de l'intérêt sexuel, comme la pléthysmographie pénienne chez les hommes ou la mesure du temps de visionnage chez les hommes et les femmes.

Trouble voyeurisme

Critères diagnostiques

302.82 (F65.3)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'observer une personne qui ne se doute de rien, nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. L'individu a mis en actes ses pulsions sexuelles avec une personne non consentante, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'individu faisant l'expérience de cette excitation et/ou ayant mis en actes ses pulsions est âgé d'au moins 18 ans.

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités d'avoir un comportement voyeuriste sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas mis en actes ses pulsions avec une personne non consentante, et il n'a pas souffert ou présenté d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Spécifications

La spécification « en rémission complète » ne s'applique pas à la persistance ou à l'absence de voyeurisme *per se*, qui peut encore être présent après que les comportements ou la détresse ont disparu.

Caractéristiques diagnostiques

Les critères diagnostiques du trouble voyeurisme peuvent s'appliquer aussi bien aux individus qui évoquent plus ou moins librement leur intérêt paraphilique qu'à ceux qui nient catégoriquement toute excitation sexuelle liée à l'observation d'une personne qui ne se doute de rien, nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels malgré des preuves substantiellement objectives du contraire. Si les individus qui en parlent rapportent aussi de la détresse ou des problèmes psychosociaux à cause de leur préférence sexuelle voyeuriste, le diagnostic de trouble voyeurisme peut être posé. En revanche, s'ils n'évoquent pas de détresse, ce fait étant objectivé par une

absence d'anxiété, d'obsessions, de culpabilité ou de honte à propos de ces impulsions paraphiliques, s'ils n'ont pas d'altération dans d'autres domaines importants de leur fonctionnement à cause de leur intérêt sexuel, et si leurs antécédents psychiatriques ou légaux n'indiquent pas qu'ils aient mis en actes leurs pulsions, on peut conclure qu'ils ont un intérêt sexuel voyeuriste mais le diagnostic de trouble voyeurisme *ne doit pas* être posé (Långström 2010).

Les individus qui ne révèlent pas leur voyeurisme sont, par exemple, ceux qui sont connus pour avoir espionné à de nombreuses reprises, à des moments différents, des personnes qui ne se doutaient de rien, qui étaient nues ou en train d'avoir des rapports sexuels, mais qui nient toute envie ou fantasme concernant de tels comportements sexuels et qui peuvent déclarer que les épisodes connus durant lesquels ils regardaient des personnes qui ne s'en doutaient pas, qui étaient nues ou actives sexuellement, étaient tous accidentels ou non sexuels. D'autres individus peuvent évoquer de tels épisodes passés mais contestent tout intérêt sexuel significatif ou prolongé pour ce comportement. Comme ces individus nient avoir des fantasmes ou des impulsions à propos du fait de regarder des personnes qui ne s'en doutent pas, nues ou en train d'avoir des rapports sexuels, ils vont également rejeter la sensation subjective de détresse ou d'altération sociale liée à ces impulsions. En dépit de leur position consistant à ne pas révéler leur voyeurisme, ces sujets peuvent recevoir un diagnostic de trouble voyeurisme. Le fait que le comportement voyeuriste soit récurrent suffit pour valider le diagnostic de trouble voyeurisme (le critère A est rempli) et démontre simultanément que le comportement paraphilique porte préjudice à des personnes (le critère B est rempli).

L'espionnage « récurrent » de personnes qui ne se doutent de rien, qui sont nues ou en train d'avoir des rapports sexuels (c.-à-d. de nombreuses victimes, chacune à des moments différents) peut, en règle générale, être interprété comme correspondant à trois victimes ou plus à des moments différents. Un nombre moins important de victimes peut être considéré comme satisfaisant les critères s'il y a eu de nombreuses occasions de regarder la même victime ou s'il est clairement établi qu'il existe un intérêt particulier et préférentiel dans le fait de regarder secrètement des personnes qui ne s'en doutent pas, nues ou en train d'avoir des rapports sexuels. Noter que le fait qu'il y ait de nombreuses victimes, comme suggéré précédemment, est une condition suffisante mais non nécessaire pour poser le diagnostic ; les critères peuvent aussi être remplis si l'individu reconnaît avoir un intérêt sexuel voyeuriste intense.

Le critère temporel A, indiquant que les signes ou les symptômes du trouble voyeurisme doivent avoir persisté au moins 6 mois, doit aussi être compris comme une indication générale et non comme un seuil strict ; il est destiné à s'assurer que regarder secrètement des personnes qui ne s'en doutent pas, nues ou en train d'avoir des rapports sexuels, n'est pas un comportement seulement transitoire.

L'adolescence et la puberté augmentent généralement la curiosité et l'activité sexuelles. Pour éviter de pathologiser un intérêt et un comportement sexuel normal durant l'adolescence pubertaire, l'âge minimum pour le diagnostic de trouble voyeurisme est de 18 ans (critère C).

Prévalence

Les actes voyeuristes sont les plus fréquents des comportements sexuels susceptibles d'enfreindre la loi. La prévalence du trouble voyeurisme n'est pas connue (Lavin 2008). Cependant, si l'on se fonde sur le nombre d'actes voyeuristes dans des échantillons non cliniques (Långström et Seto 2006), les prévalences sur la vie entière les plus élevées du trouble voyeurisme sont d'approximativement 12 % chez les hommes et de 4 % chez les femmes.

Développement et évolution

Les hommes adultes ayant un diagnostic de trouble voyeurisme deviennent souvent conscients la première fois de leur intérêt à regarder secrètement des personnes qui ne s'en doutent pas durant l'adolescence (Abel et al. 1988). Cependant, l'âge minimum pour porter le diagnostic de trouble voyeurisme est de 18 ans parce qu'il y a des difficultés évidentes à le différencier d'une curiosité et d'une activité sexuelles appropriées à l'âge de la puberté (Lavin 2008). La persistance du voyeurisme avec le temps est incertaine. Le trouble voyeurisme, cependant, requiert par définition un ou plusieurs facteurs qui peuvent changer avec le temps avec ou sans traitement : la détresse subjective (p. ex. culpabilité, honte, frustration sexuelle intense, solitude) et/ou la propension à passer à l'acte sexuellement en espionnant des personnes qui ne se doutent de rien, qui sont nues ou en train d'avoir des rapports sexuels. En conséquence, l'évolution du trouble voyeurisme a tendance à varier avec l'âge.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Le voyeurisme est une condition préalable nécessaire au trouble ; en conséquence, les facteurs de risque du voyeurisme doivent augmenter le taux du trouble voyeurisme.

Environnementaux. Les abus sexuels dans l'enfance, l'abus de substances et les préoccupations sexuelles/l'hypersexualité ont été suggérés comme pouvant être des facteurs de risque, bien que leur relation causale avec le voyeurisme soit incertaine et leur spécificité non connue (Långström et Seto 2006).

Questions diagnostiques liées au genre

Le trouble voyeurisme est rare chez les femmes dans les échantillons cliniques (Mann et al. 2008), alors que le ratio hommes/femmes pour des actes voyeuristes uniques, entraînant une excitation sexuelle, peut être de 3/1 (Långström et Seto 2006).

Diagnostic différentiel

Troubles des conduites et personnalité antisociale. Le trouble des conduites chez les adolescents et la personnalité antisociale seraient caractérisés par des comportements en rupture avec la norme ou antisociaux en plus grand nombre et l'intérêt sexuel spécifique pour l'espionnage de personnes qui ne se doutent de rien, qui sont nues ou en train d'avoir des rapports sexuels n'en ferait pas partie.

Troubles liés à l'usage de substances. Les troubles liés à l'usage de substances peuvent être associés à des comportements voyeuristes isolés chez les individus qui sont sous l'effet de substances mais ne sont pas associés à l'intérêt sexuel typique pour l'observation en secret de personnes qui ne se doutent de rien, qui sont nues ou en train d'avoir des rapports sexuels. Inversement les fantasmes, pulsions ou comportements sexuels voyeuristes récurrents qui surviennent lorsque les individus ne sont pas sous l'effet de substances suggèrent que le diagnostic de trouble voyeurisme peut être présent.

Comorbidité

La connaissance des comorbidités du trouble voyeurisme est largement issue des recherches menées chez des hommes suspectés ou convaincus d'actes impliquant le fait d'observer en secret des personnes qui ne se doutent de rien, qui sont nues ou en train d'avoir des rapports sexuels. Ces comorbidités ne s'appliquent donc pas à tous les individus avec un diagnostic de trouble voyeurisme. On retrouve des comorbidités

avec le trouble voyeurisme pour l'hypersexualité (Kafka 2010) ou d'autres troubles paraphiliques, particulièrement le trouble exhibitionnisme (Abel et al. 1988 ; Bradford et al. 1992 ; Fedora et al. 1992 ; Gebhard et al. 1965). Les troubles dépressifs, bipolaires, anxieux et liés à l'usage de substances, le déficit de l'attention avec hyperactivité (Kafka et Hennen 2002) ; le trouble des conduites et la personnalité antisociale sont aussi des troubles comorbides fréquents.

Trouble exhibitionnisme

Critères diagnostiques

302.4 (F65.2)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'exhiber ses organes génitaux devant une personne prise au dépourvu, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. L'individu a mis en actes ses pulsions sexuelles avec une personne non consentante, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier le type :

Sexuellement excité par l'exhibition des organes génitaux devant des enfants pré-pubères

Sexuellement excité par l'exhibition des organes génitaux devant des individus sexuellement matures

Sexuellement excité par l'exhibition des organes génitaux devant des enfants pré-pubères et des individus sexuellement matures

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est essentiellement applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités d'exhiber ses organes génitaux sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas mis en actes ses pulsions avec une personne non consentante et il n'a pas souffert ou présenté d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Sous-types

Les sous-types du trouble exhibitionnisme reposent sur l'âge ou la maturité sexuelle des personnes non consentantes à qui l'individu préfère exposer ses organes génitaux. Les personnes non consentantes peuvent être des enfants prépubères, des adultes ou les deux. Cette spécification permet d'aider à porter une attention appropriée aux caractéristiques des victimes des individus exhibitionnistes afin d'éviter de négliger la possible concomitance d'un trouble pédophilie (Murphy et Page 2008). De même, des éléments indiquant que l'individu exhibitionniste est intéressé sexuellement par l'exhibition de ses organes génitaux devant un enfant ne doivent pas empêcher de poser le diagnostic de trouble pédophilie.

Spécifications

La spécification « en rémission complète » ne s'applique pas à la persistance ou à l'absence d'exhibitionnisme *per se*, qui peut encore être présent après que les comportements ou la détresse ont disparu.

Caractéristiques diagnostiques

Les critères diagnostiques du trouble exhibitionnisme peuvent s'appliquer aussi bien aux individus qui évoquent plus ou moins librement leur intérêt paraphilique qu'à ceux qui nient catégoriquement toute excitation sexuelle liée à l'exhibition de leurs organes génitaux devant une personne prise au dépourvu et ce, malgré des preuves substantielles et objectives du contraire. Si les individus qui en parlent rapportent aussi des problèmes psychosociaux liés à leurs attirances ou à leurs préférences sexuelles pour s'exhiber, le diagnostic du trouble exhibitionnisme peut être posé. En revanche, s'ils n'évoquent pas de détresse, ce fait étant objectivé par une absence d'anxiété, d'obsessions, de culpabilité ou de honte concernant les impulsions paraphiliques, s'ils n'ont pas d'altération dans d'autres domaines importants de leur fonctionnement à cause de leur intérêt sexuel, et si leurs antécédents psychiatriques ou légaux n'indiquent pas qu'ils aient mis en actes leurs pulsions, on peut conclure qu'ils ont un intérêt sexuel exhibitionniste mais le diagnostic du trouble exhibitionnisme *ne doit pas* être posé.

Les individus qui ne révèlent pas leur exhibitionnisme sont, par exemple, ceux qui se sont exhibés à de nombreuses reprises et à des moments différents, devant des personnes prises au dépourvu, mais qui nient toute envie ou fantasme concernant de tels comportements sexuels et qui déclarent que les épisodes connus d'exhibition étaient tous accidentels ou non sexuels. D'autres peuvent évoquer des épisodes passés de comportements sexuels impliquant l'exhibition des organes génitaux mais contestent tout intérêt sexuel significatif ou prolongé pour ce comportement. Comme ces individus nient avoir des fantasmes ou des impulsions à exhiber leurs organes génitaux, ils vont également rejeter la sensation subjective de détresse ou d'altération sociale liée à ces impulsions. En dépit de leur position consistant à ne pas révéler leur exhibitionnisme, ces individus peuvent recevoir un diagnostic de trouble exhibitionnisme. Le fait que le comportement exhibitionniste soit récurrent suffit pour valider le diagnostic de trouble exhibitionnisme (le critère A est rempli) et démontre simultanément que le comportement paraphilique porte préjudice à des personnes (le critère B est rempli).

L'exhibition « récurrente » de ses organes génitaux devant des personnes prises au dépourvu (c.-à-d. de nombreuses victimes, chacune à des moments différents) peut, en règle générale, être interprétée comme correspondant à trois victimes ou plus à des moments différents. Un nombre moins important de victimes peut être considéré comme satisfaisant les critères s'il y a eu de multiples occasions de s'exhiber devant la même victime ou s'il est clairement établi qu'il existe un fort intérêt ou un intérêt préférentiel pour l'exhibition de ses organes génitaux devant des personnes prises au dépourvu. Noter que le fait qu'il y ait de nombreuses victimes, comme suggéré précédemment, est une condition suffisante mais non nécessaire pour poser le diagnostic car les critères peuvent aussi être remplis chez un individu reconnaissant avoir un intérêt sexuel exhibitionniste intense avec une détresse et/ou une altération du fonctionnement.

Le critère temporel A, indiquant que les signes ou les symptômes du trouble exhibitionnisme doivent avoir persisté au moins 6 mois, doit aussi être compris comme une indication générale et non comme un seuil strict ; il est destiné à s'assurer que l'exhibition des organes génitaux devant une personne prise au dépourvu n'est pas un comportement seulement transitoire. La preuve en est apportée par des comportements ou une détresse réitérés et avérés sur une période continue inférieure à 6 mois.

Prévalence

La prévalence du trouble exhibitionnisme n'est pas connue (Murphy et Page 2008). Cependant, si l'on se fonde sur le nombre d'actes sexuels exhibitionnistes dans des échantillons non cliniques ou en population générale, les prévalences les plus élevées du trouble exhibitionnisme sont de 2-4 % chez les hommes (Murphy et Page 2008). La

prévalence du trouble exhibitionnisme chez les femmes est encore plus incertaine mais généralement considérée comme beaucoup moins importante que chez les hommes (Murphy et Page 2008).

Développement et évolution

Les hommes adultes ayant un diagnostic de trouble exhibitionnisme rapportent souvent avoir été conscients pour la première fois de leur intérêt à exhiber leurs organes génitaux devant des personnes prises au dépourvu durant l'adolescence, à un âge légèrement plus élevé que celui auquel se développe normalement l'intérêt sexuel chez la femme et chez l'homme (Murphy et Page 2008). Bien qu'il n'existe pas de condition d'âge minimum pour le diagnostic d'exhibitionnisme, il peut être difficile de différencier les comportements exhibitionnistes de la curiosité sexuelle appropriée à l'âge de l'adolescence. Alors que les pulsions exhibitionnistes semblent survenir durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Murphy et Page 2008), on connaît peu de choses quant à leur persistance avec le temps. Par définition, le trouble exhibitionnisme requiert un ou plusieurs facteurs contributifs qui peuvent changer avec le temps, avec ou sans traitement : la détresse subjective (p. ex. culpabilité, honte, frustration sexuelle intense, solitude), la comorbidité avec d'autres troubles mentaux, l'hypersexualité et l'impulsivité sexuelle, l'altération psychosociale et/ou la propension à passer à l'acte sexuellement en exhibant ses organes génitaux devant des personnes prises au dépourvu. En conséquence, l'évolution du trouble exhibitionnisme a tendance à varier avec l'âge. Comme pour les autres préférences sexuelles, la préférence pour l'exhibitionnisme et les comportements sexuels associés semblent diminuer avec l'âge.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. L'exhibitionnisme étant une condition préalable nécessaire au trouble exhibitionnisme, les facteurs de risque de l'exhibitionnisme devraient augmenter la fréquence du trouble. Les antécédents de conduites antisociales, la personnalité antisociale, l'abus d'alcool, la préférence sexuelle pédophile peuvent augmenter le risque de récidive sexuelle chez les exhibitionnistes délinquants (Firestone et al. 2006). En conséquence, la personnalité antisociale, le trouble de l'usage d'alcool et l'intérêt pédophilique peuvent être considérés comme des facteurs de risque du trouble exhibitionnisme chez les hommes ayant des préférences sexuelles exhibitionnistes (Långström et Seto 2006).

Environnementaux. Les abus sexuels et émotionnels dans l'enfance, les préoccupations sexuelles/l'hypersexualité ont été suggérés comme pouvant être des facteurs de risque, bien que leur relation causale avec l'exhibitionnisme soit incertaine et leur spécificité non connue (Långström 2010).

Questions diagnostiques liées au genre

Le trouble exhibitionnisme est tout à fait exceptionnel chez les femmes (Morin et Levenson 2008 ; Murphy et Page 2008) alors que les actes solitaires d'excitation sexuelle dus au fait de s'exhiber peuvent survenir chez les femmes deux fois moins souvent que chez les hommes (Långström et Seto 2006).

Retentissement fonctionnel du trouble exhibitionnisme

Les conséquences fonctionnelles du trouble exhibitionnisme n'ont pas fait l'objet d'études chez des individus n'ayant pas agi sexuellement en exhibant leurs organes génitaux devant des personnes étrangères prises au dépourvu mais qui remplissent néanmoins le critère B en souffrant d'une détresse émotionnelle intense à cause de ces préférences.

Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels potentiels du trouble exhibitionnisme sont parfois présents en tant que troubles comorbides. En conséquence, il est généralement nécessaire d'évaluer comme des problèmes distincts les éléments de l'exhibitionnisme en tant que trouble et les autres affections possibles.

Troubles des conduites et personnalité antisociale. Le trouble des conduites chez les adolescents et la personnalité antisociale sont caractérisés par d'autres comportements de type antisocial ou en rupture avec la norme, et l'intérêt sexuel spécifique pour l'exhibition de ses organes génitaux n'en fait pas partie.

Troubles de l'usage de substances. Les troubles de l'usage d'alcool ou de substances peuvent être associés à des comportements exhibitionnistes épisodiques chez les individus qui sont sous l'effet de ces substances mais ne doivent pas être associés à l'intérêt sexuel typique pour l'exhibition de ses organes génitaux devant des personnes prises au dépourvu. Inversement, lorsque les fantasmes, pulsions ou comportements sexuels exhibitionnistes récurrents surviennent aussi lorsque les individus ne sont pas sous l'effet de substances, le diagnostic de trouble exhibitionnisme peut être posé.

Comorbidité

La connaissance concernant les comorbidités du trouble exhibitionnisme étant largement issue des recherches chez des individus, pour la plupart des hommes, suspectés ou convaincus d'actes criminels impliquant le fait d'exhiber leurs organes génitaux devant des personnes non consentantes, ces comorbidités peuvent donc ne pas s'appliquer à tous les individus qui remplissent les critères d'un trouble exhibitionnisme. Les affections qui peuvent être comorbides avec le trouble exhibitionnisme avec un taux élevé sont les troubles dépressifs, bipolaires, anxieux et les troubles de l'usage de substances, le déficit de l'attention avec hyperactivité (Murphy et Page 2008), les autres troubles paraphiliques (Abel et al. 1988 ; Bradford et al. 1992 ; Fedora et al. 1992 ; Gebhard et al. 1965) et les troubles de la personnalité.

Trouble frotteurisme

Critères diagnostiques

302.89 (F65.81)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de toucher ou se frotter contre une personne non consentante, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. L'individu a mis en actes ses pulsions sexuelles avec une personne non consentante, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas mis en actes ses pulsions avec une personne non consentante, et il n'a pas souffert ou présenté d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Spécifications

La spécification « en rémission » ne s'applique pas à la présence persistante ou à l'absence de frotteurisme *per se*, qui peut encore être présent après que les comportements ou la détresse ont disparu.

Caractéristiques diagnostiques

Les critères diagnostiques du trouble frotteurisme peuvent s'appliquer aussi bien aux individus qui évoquent plus ou moins librement leur intérêt paraphilique qu'à ceux qui nient catégoriquement tout attrait sexuel au fait de toucher ou se frotter contre une personne non consentante malgré des preuves substantiellement objectives du contraire. Si les individus qui en parlent rapportent aussi des problèmes psychosociaux liés à leurs préférences sexuelles à toucher ou se frotter contre une personne non consentante, le diagnostic de trouble frotteurisme peut être posé. En revanche, s'ils n'évoquent pas de détresse (fait objectivé par une absence d'anxiété, d'obsessions, de culpabilité ou de honte) à propos de ces impulsions paraphiliques, s'ils n'ont pas d'altération dans d'autres domaines importants de leur fonctionnement du fait de leur intérêt sexuel, et si leurs antécédents psychiatriques ou légaux n'indiquent pas qu'ils aient mis en actes leurs pulsions, on peut conclure qu'ils ont un intérêt sexuel frotteuriste mais le diagnostic de trouble frotteurisme *ne doit pas* être posé.

Les individus qui ne révèlent pas leur frotteurisme sont, par exemple, ceux qui ont touché ou se sont frottés contre une personne non consentante à de nombreuses reprises, à des moments différents, mais qui nient toute envie ou fantasme concernant de tels comportements sexuels et qui déclarent que les épisodes identifiés durant lesquels ils avaient touché ou s'étaient frottés contre une personne non consentante étaient tous non intentionnels ou non sexuels. D'autres peuvent évoquer des épisodes passés de comportements sexuels impliquant le fait de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante mais contestent tout intérêt sexuel significatif ou prolongé pour ce comportement. Comme ces individus nient avoir des fantasmes ou des impulsions à toucher ou à se frotter, ils vont également rejeter la sensation subjective de détresse ou d'altération sociale liée à ces impulsions. En dépit de leur position consistant à ne pas révéler leur frotteurisme, ces personnes peuvent recevoir un diagnostic de trouble frotteurisme. Le fait que le comportement frotteuriste soit *récurrent* suffit pour valider le diagnostic de trouble frotteurisme (le critère A est rempli) et démontre simultanément que le comportement paraphilique porte préjudice à des personnes (le critère B est rempli).

Toucher ou se frotter contre une personne non consentante de manière « récurrente » (c.-à-d. contre de nombreuses victimes, chacune à des moments différents) peut, en règle générale, être interprété comme correspondant à trois victimes ou plus à des moments différents. Un nombre moins important de victimes peut être considéré comme satisfaisant les critères s'il y a eu de multiples occasions de toucher ou de se frotter contre la même personne non consentante ou s'il est clairement établi qu'il existe un fort intérêt ou un intérêt préférentiel pour toucher ou se frotter contre une personne non consentante. Noter que le fait qu'il y ait de nombreuses victimes est une condition suffisante mais non nécessaire pour poser le diagnostic car les critères peuvent aussi être remplis chez un individu reconnaissant avoir un intérêt sexuel frotteuriste intense avec une détresse et/ou une altération du fonctionnement cliniquement significatives.

Le critère temporel A, indiquant que les signes ou les symptômes du trouble frotteurisme doivent avoir persisté au moins 6 mois doit être compris comme une indication générale et non comme un seuil strict ; il est destiné à s'assurer que le fait de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante n'est pas un comportement

seulement transitoire. Le critère A de durée peut donc être rempli s'il existe des preuves évidentes de comportements ou de détresse récurrents sur une période plus courte mais non transitoire.

Prévalence

La prévalence des actes frotteuristes incluant le fait de toucher ou de se frotter contre des personnes qui ne l'ont pas demandé peut atteindre 30 % chez les hommes en population générale (Långström 2010 ; Lussier et Piché 2008). Approximativement 10 à 14 % des consultants pour des troubles paraphiliques ou pour une hypersexualité présentent les critères diagnostiques d'un trouble frotteurisme (Abel et al. 1988 ; Kafka 2010). Même si la prévalence en population générale du trouble frotteurisme n'est pas connue (Krueger et Kaplan 2008), on peut supposer qu'il est peu probable qu'elle soit supérieure au taux observé chez des consultants.

Développement et évolution

Les hommes adultes ayant un diagnostic de trouble frotteurisme rapportent souvent avoir été conscients pour la première fois de leur intérêt à toucher subrepticement des personnes prises au dépourvu à la fin de l'adolescence ou au début de la vie adulte (Lussier et Piché 2008). Cependant, les enfants et les adolescents peuvent aussi toucher ou se frotter contre des personnes qui ne le souhaitent pas sans recevoir le diagnostic de trouble frotteurisme. Bien qu'il n'existe pas d'âge minimum pour le diagnostic, il peut être difficile de différencier le trouble frotteurisme de comportements liés à un trouble des conduites sans motivation sexuelle chez les individus les plus jeunes. La persistance avec le temps du trouble frotteurisme est mal connue. Par définition, le trouble frotteurisme requiert un ou plusieurs facteurs contributifs qui peuvent changer avec le temps, avec ou sans traitement : la détresse subjective (p. ex. culpabilité, honte, frustration sexuelle intense, solitude), la comorbidité avec d'autres troubles mentaux, l'hypersexualité et l'impulsivité sexuelle, l'altération psychosociale et/ou la propension à toucher ou se frotter contre des personnes non consentantes. En conséquence, l'évolution du trouble frotteurisme a tendance à varier avec l'âge. Comme pour les autres préférences sexuelles, la préférence pour le frotteurisme et les comportements sexuels associés semblent diminuer avec l'âge.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les comportements antisociaux non sexuels et les préoccupations sexuelles/l'hypersexualité peuvent être considérés comme des facteurs de risque non spécifiques même si la relation causale avec le trouble frotteurisme reste incertaine et la spécificité non connue (Lussier et Piché 2008). Le frotteurisme étant une condition préalable nécessaire au trouble frotteurisme, les facteurs de risque du frotteurisme devraient aussi augmenter la fréquence du trouble.

Questions diagnostiques liées au genre

Il semble y avoir beaucoup moins de femmes que d'hommes ayant des préférences sexuelles pour le frotteurisme (Krueger et Kaplan 2008).

Diagnostic différentiel

Troubles des conduites et personnalité antisociale. Le trouble des conduites chez les adolescents et la personnalité antisociale sont caractérisés par d'autres comportements de type antisocial ou en rupture avec la norme, et l'intérêt sexuel spé-

cifique pour l'action de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante n'en fait pas partie.

Troubles de l'usage de substances. Les troubles liés à l'usage de substances peuvent être associés à des comportements frotteuristes épisodiques chez des individus sous l'effet de ces substances, particulièrement de stimulants comme la cocaïne ou les amphétamines, mais ne doivent pas être associés à l'intérêt sexuel typique pour le fait de toucher ou de se frotter contre des personnes prises au dépourvu. Inversement, lorsque les fantasmes, pulsions ou comportements sexuels frotteuristes récurrents surviennent aussi lorsque les individus ne sont pas sous l'effet de substances, le diagnostic de trouble exhibitionnisme peut être posé.

Comorbidité

La connaissance concernant les comorbidités du trouble frotteurisme étant largement issue des recherches chez des individus, pour la plupart des hommes, suspectés ou convaincus d'actes criminels impliquant le fait de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante, ces comorbidités peuvent en conséquence ne pas s'appliquer à tous les individus qui, sur la base d'une détresse subjective en rapport avec leur intérêt sexuel, remplissent les critères d'un trouble frotteurisme. Les affections qui peuvent être comorbides avec le frotteurisme sont l'hypersexualité (Kafka 2010) et les autres troubles paraphiliques (Abel et al. 1988 ; Bradford et al. 1992 ; Fedora et al. 1992 ; Freund et al. 1997), particulièrement le trouble exhibitionnisme et le trouble voyeurisme (Freund et al. 1997). Les troubles des conduites, la personnalité antisociale, les troubles dépressifs, bipolaires, anxieux et liés à l'usage de substances peuvent aussi l'être. Les diagnostics différentiels potentiels du trouble frotteurisme sont parfois présents en tant que troubles comorbides. En conséquence, il est généralement nécessaire d'évaluer comme des problèmes distincts les éléments entrant dans le cadre du trouble frotteurisme et les autres affections comorbides possibles.

Trouble masochisme sexuel

Critères diagnostiques

302.83 (F65.51)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'être humilié, battu, attaché ou par tout autre acte entraînant de la souffrance, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. Les fantasmes, les pulsions sexuelles ou les comportements entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec asphyxiophilie : Si l'individu s'empêche de respirer pour obtenir une excitation sexuelle.

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est essentiellement applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités d'avoir des comportements de masochisme sexuel sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas souffert ou présenté d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Caractéristiques diagnostiques

Les critères diagnostiques du trouble masochisme sexuel s'appliquent aux individus qui admettent librement avoir de tels intérêts paraphiliques. Ces personnes reconnaissent ouvertement ressentir une intense excitation sexuelle provoquée par le fait d'être humiliées, battues, attachées ou par tout autre acte entraînant de la souffrance, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements. Si ces individus rapportent aussi des difficultés psychosociales à cause de leurs attirances ou préférences sexuelles à être humiliés, battus, attachés ou pour tout autre acte entraînant de la souffrance, le diagnostic de trouble masochisme sexuel peut être posé. En revanche, s'ils n'évoquent pas de détresse, ce fait étant objectivé par une absence d'anxiété, d'obsessions, de culpabilité ou de honte à propos de ces impulsions paraphiliques et s'ils ne sont pas entravés dans leurs projets personnels, on peut conclure qu'ils ont un intérêt sexuel pour le masochisme sexuel mais le diagnostic de trouble masochisme sexuel *ne doit pas* être posé.

Le critère temporel A, indiquant que les signes ou les symptômes du trouble masochisme sexuel doivent avoir persisté au moins 6 mois, doit aussi être compris comme une indication générale et non comme un seuil strict ; il est destiné à s'assurer que l'intérêt sexuel à être humilié, battu, attaché ou pour tout autre acte entraînant de la souffrance n'est pas un comportement seulement transitoire. Le trouble peut donc être diagnostiqué s'il a été présent de manière durable sur une période plus courte.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des personnes humiliées, battues, attachées ou subissant tout autre acte entraînant de la souffrance est parfois une caractéristique du trouble masochisme sexuel.

Prévalence

La prévalence en population générale du masochisme sexuel n'est pas connue (Hucker 2008 ; Krueger 2010). En Australie, il a été estimé que 2,2 % des hommes et 1,3 % des femmes s'étaient adonnés à des pratiques de bondage et de discipline, de sadomasochisme ou de domination et de soumission dans les 12 mois précédents (Richters et al. 2008).

Développement et évolution

Les individus consultant pour trouble paraphilique (Abel et al. 1993) rapportent un âge de début moyen de 19,3 ans pour leur masochisme (Freund et al. 1995). Un âge plus précoce, dans l'enfance ou à la puberté, pour les fantasmes masochistes a aussi été rapporté. La persistance avec le temps du masochisme sexuel est mal connue. Par définition, le trouble masochisme sexuel requiert un ou plusieurs facteurs contributifs qui peuvent changer avec le temps, avec ou sans traitement : la détresse subjective (p. ex. culpabilité, honte, frustration sexuelle intense, solitude), la comorbidité avec d'autres troubles mentaux, l'hypersexualité et l'impulsivité sexuelle, l'altération psychosociale. En conséquence, l'évolution du trouble masochisme sexuel a tendance à varier avec l'âge. Comme pour les autres comportements sexuels paraphiliques ou normophiliques, la préférence pour le masochisme sexuel semble diminuer avec l'âge.

Retentissement fonctionnel du masochisme sexuel

Les conséquences fonctionnelles du masochisme sexuel sont inconnues. Cependant, les masochistes sont à risque de mort accidentelle en pratiquant l'asphyxiophilie (Hucker 2011) ou d'autres procédures autoérotiques (Cairns et Ranier 1981).

Diagnostic différentiel

De nombreuses affections pouvant être des diagnostics différentiels du trouble masochisme sexuel (p. ex. transvestisme fétichiste, trouble sadisme sexuel, hypersexualité et troubles liés à l'usage de substances) sont parfois présentes en tant que troubles comorbides. En conséquence, il est nécessaire d'examiner attentivement les éléments mettant en évidence le trouble masochisme sexuel afin de conserver d'autres paraphilies ou d'autres troubles mentaux comme de possibles diagnostics différentiels. Le masochisme sexuel n'entraînant pas de détresse (c.-à-d. sans diagnostic de trouble) fait aussi partie des diagnostics différentiels car certains individus ayant ce type de pratiques se trouvent satisfaits de leur orientation masochiste.

Comorbidité

La connaissance des comorbidités du trouble masochisme sexuel repose largement sur les individus en traitement (Hucker 2008). Les troubles qui sont comorbides avec le trouble masochisme sexuel sont les autres troubles paraphiliques (Abel et al. 1988 ; Bradford et al. 1992) et plus particulièrement le trouble transvestisme fétichiste (Freund et al. 1995).

Trouble sadisme sexuel

Critères diagnostiques

302.84 (F65.52)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. L'individu a mis en acte ses pulsions sexuelles avec une personne non consentante ou les fantasmes, les pulsions sexuelles ou les comportements entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est essentiellement applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités d'avoir des comportements de sadisme sexuel sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas mis en actes ses pulsions avec une personne non consentante, et il n'a pas souffert ou présenté d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Caractéristiques diagnostiques

Les critères diagnostiques du trouble sadisme sexuel peuvent s'appliquer aussi bien aux individus qui admettent librement avoir un tel intérêt paraphilique qu'à ceux qui nient toute attirance sexuelle pour la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne et ce, malgré des preuves substantiellement objectives du contraire. Les sujets qui reconnaissent ouvertement avoir un intérêt sexuel intense pour la souffrance physique ou psychologique d'autres personnes sont appelés « individus qui assument ». Si ces individus rapportent aussi des difficultés psychosociales liées à leur attirance et à leurs préférences sexuelles pour la souffrance physique ou psychologique d'un tiers, le diagnostic de trouble sadisme sexuel peut être posé. En revanche, si les personnes qui assument n'évoquent pas de détresse (comme en témoigne une absence d'anxiété, d'obsessions, de culpabilité ou de honte à propos de ces impulsions paraphiliques), si

elles ne sont pas entravées dans leurs projets personnels et n'ont pas mis en actes leurs pulsions (d'après leurs antécédents psychiatriques ou légaux), on peut conclure qu'elles ont un intérêt sexuel pour le sadisme sexuel mais le diagnostic de trouble sadisme sexuel *ne doit pas* être posé.

Les individus qui nient tout intérêt pour la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne sont, par exemple, ceux qui sont connus pour avoir fait du mal ou infligé de la souffrance à de multiples victimes, à des moments différents, mais qui nient toute envie ou fantasme concernant de tels comportements sexuels et qui peuvent de plus déclarer que les épisodes identifiés de violences sexuelles étaient tous non intentionnels ou non sexuels. D'autres peuvent admettre l'existence d'épisodes passés de comportements sexuels impliquant le fait de faire du mal ou d'infliger de la souffrance à une personne non consentante mais contestent tout intérêt sexuel significatif ou prolongé pour la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne. Comme ces individus nient avoir des pulsions ou des fantasmes entraînant une excitation sexuelle à la douleur et à la souffrance, il s'ensuit qu'ils vont également rejeter la sensation subjective de détresse ou d'altération sociale liée à ces pulsions. En dépit de leurs dénégations, le diagnostic de trouble sadisme sexuel peut être posé pour ces individus. Le fait que le comportement soit récurrent suffit pour valider le diagnostic de trouble sadisme sexuel (le critère A est rempli) et démontre simultanément que leur comportement paraphilique est la cause d'une détresse significative, porte préjudice ou risque de porter préjudice à des personnes (le critère B est rempli).

Le trouble sadisme sexuel impliquant des personnes non consentantes de manière « récurrente » (c.-à-d. de nombreuses victimes, chacune à des moments différents) peut, en règle générale, être interprété comme correspondant à trois victimes ou plus à des moments différents. Un nombre moins important de victimes peut être considéré comme satisfaisant les critères s'il y a eu de multiples occasions de faire du mal ou d'infliger de la souffrance à la même personne non consentante ou s'il est clairement établi qu'il existe un fort intérêt ou un intérêt préférentiel pour la douleur et la souffrance infligées à plusieurs victimes. À noter que l'existence de nombreuses victimes, comme suggéré précédemment, est une condition suffisante mais non nécessaire pour poser le diagnostic car les critères peuvent aussi être remplis chez un individu reconnaissant avoir un intérêt sexuel sadique intense.

Le critère temporel A, indiquant que les signes ou les symptômes du trouble sadisme sexuel doivent avoir persisté au moins 6 mois, doit être envisagé comme une indication générale et non comme un seuil strict ; il est destiné à s'assurer que l'intérêt sexuel à faire du mal ou à infliger de la souffrance à des victimes non consentantes n'est pas un comportement seulement transitoire. Le trouble peut donc être diagnostiqué si les comportements sadiques ont été présents de manière durable sur une période plus courte.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des personnes faisant mal ou infligeant de la souffrance est parfois une caractéristique du trouble sadisme sexuel.

Prévalence

La prévalence en population générale du trouble sadisme sexuel est inconnue (Yates et al. 2008) et elle est largement fondée sur les statistiques médico-légales. Suivant les critères utilisés, la prévalence varie de 2 à 30 % (Krueger 2010). Chez les délinquants sexuels des tribunaux civils aux États-Unis, moins de 10 % sont des sadiques sexuels. Chez ceux ayant commis des homicides à motivation sexuelle, la prévalence du trouble sadisme sexuel varie de 37 à 75 % (Krueger 2010).

Développement et évolution

Les individus sadiques sexuels dans les échantillons médico-légaux sont quasi exclusivement des hommes (Krueger 2010) mais une étude sur un échantillon représentatif de la population en Australie a rapporté que 2,2 % des hommes et 1,3 % des femmes disent avoir eu des pratiques de bondage et de discipline, de « sadomasochisme » ou de dominance et de soumission durant l'année précédente (Richters et al. 2008). Les informations sur le développement et l'évolution du trouble sadisme sexuel sont extrêmement limitées. Une étude (Levitt et al. 1994) rapporte que les femmes deviennent conscientes de leur orientation sadomasochiste au début de l'âge adulte et une autre (Abel et al. 1988) rapporte un âge de début moyen du sadisme de 19,4 ans dans un groupe d'hommes. Alors que le sadisme sexuel *per se* est probablement une caractéristique présente tout au long de la vie, le trouble sadisme sexuel peut fluctuer en fonction de la détresse subjective de l'individu ou de sa propension à faire du mal à des personnes non consentantes. Comme pour les autres comportements sexuels paraphiliques ou normophiliques, ce trouble semble diminuer avec l'âge.

Diagnostic différentiel

De nombreuses affections pouvant constituer des diagnostics différentiels du sadisme sexuel (p. ex. personnalité antisociale, trouble masochisme sexuel, hypersexualité et troubles liés à l'usage de substances) sont parfois présentes en tant que troubles comorbides. En conséquence, il est nécessaire d'examiner attentivement les éléments mettant en évidence le sadisme sexuel afin de conserver d'autres troubles paraphiliques ou d'autres troubles mentaux comme de possibles diagnostics différentiels. La majorité des individus qui sont actifs dans des réseaux communautaires et qui ont des pratiques sadiques et masochistes n'expriment aucune insatisfaction pour leurs intérêts sexuels et (Weinberg 2006) leurs comportements et ne remplissent pas les critères du DSM-5 pour le trouble sadisme sexuel. Les intérêts sadiques peuvent être considérés comme un diagnostic différentiel du trouble sadisme sexuel.

Comorbidité

La connaissance des comorbidités pour le trouble sadisme sexuel est largement issue des recherches chez des individus, pour la plupart des hommes, convaincus d'actes criminels sadiques envers des victimes non consentantes ; ces comorbidités peuvent donc ne pas s'appliquer à l'ensemble des personnes qui n'ont jamais eu de pratique sadique avec des victimes non consentantes mais qui néanmoins remplissent les critères du diagnostic de trouble sadisme sexuel en raison d'une détresse subjective en rapport avec leur intérêt sexuel. Les autres troubles paraphiliques sont les troubles le plus souvent comorbides du trouble sadisme sexuel (Abel et al. 1988 ; Bradford et al. 1992).

Trouble pédophilie

Critères diagnostiques

302.2 (F65.4)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence de fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou plusieurs enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins).
- B. L'individu a mis en actes ces pulsions sexuelles, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse importante ou des difficultés relationnelles.

C. L'individu est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que l'enfant ou les enfants mentionné(s) au critère A.

N.B. : Ne pas inclure un individu en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec un enfant de 12-13 ans.

Spécifier le type :

Type exclusif (attiré uniquement par les enfants)

Type non exclusif

Spécifier si :

Attiré sexuellement par les garçons

Attiré sexuellement par les filles

Attiré sexuellement par les filles et par les garçons

Spécifier si :

Limité à l'inceste

Caractéristiques diagnostiques

Les critères diagnostiques du trouble pédophilie peuvent s'appliquer aussi bien aux individus qui révèlent librement cette paraphilie qu'à ceux qui nient toute attirance sexuelle pour les enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins) et ce, malgré des preuves substantiellement objectives du contraire. Parmi les personnes qui révèlent cette paraphilie, on retrouve celles qui reconnaissent candidement avoir un intérêt sexuel intense pour les enfants et que cet intérêt est supérieur à celui qu'elles portent aux personnes sexuellement matures. Si ces individus se plaignent aussi des difficultés psychosociales qu'entraînent leur attirance sexuelle ou leurs préférences pour les enfants, le diagnostic de trouble pédophilie peut être posé. En revanche, si ces individus n'évoquent pas de culpabilité, de honte ou d'anxiété à propos de ces pulsions, s'ils ne sont pas fonctionnellement limités par leurs pulsions paraphiliques (d'après leurs dires, une évaluation objective ou les deux) et si d'après eux-mêmes et les registres de police, ils n'ont jamais mis en actes leurs pulsions, on peut conclure qu'ils ont une orientation sexuelle pédophile mais le diagnostic de trouble pédophilie *ne doit pas* être posé.

Les individus qui nient toute attirance pour les enfants sont, par exemple, ceux qui sont connus pour avoir approché sexuellement de nombreux enfants, à des moments différents, mais qui nient toute envie irrépressible ou fantasme concernant des comportements sexuels impliquant des enfants et qui, de plus, peuvent déclarer que les épisodes identifiés de contacts physiques étaient tous non intentionnels ou non sexuels. D'autres peuvent admettre l'existence d'épisodes passés de comportements sexuels impliquant des enfants mais contestent tout intérêt sexuel significatif ou prolongé pour les enfants. Comme ces individus nient avoir des pulsions ou des fantasmes concernant les enfants, ils vont également rejeter la sensation subjective de détresse. En dépit de leurs dénégations, le diagnostic de trouble pédophilie peut être posé pour ces individus. On peut aussi poser le diagnostic de trouble pédophilie pour ces individus même s'ils ne se plaignent pas de détresse dans la mesure où il existe des preuves de comportements récurrents depuis 6 mois (critère A) et des preuves que l'individu a mis en actes ses pulsions sexuelles ou a présenté des difficultés relationnelles à cause de son trouble (critère B).

Le fait qu'il y ait de nombreuses victimes, comme discuté précédemment, est une condition suffisante mais non nécessaire pour poser le diagnostic : un individu peut aussi remplir le critère A en reconnaissant seulement n'avoir qu'un intérêt sexuel intense ou préférentiel pour les enfants.

Le critère temporel A, indiquant que les signes ou les symptômes du trouble pédophilie doivent avoir persisté au moins 6 mois, permet de vérifier que l'attirance sexuelle

pour les enfants n'est pas que transitoire. Le diagnostic peut donc être posé s'il existe des preuves cliniques d'attirance sexuelle pour les enfants persistante et durable, même si la durée de 6 mois ne peut pas être clairement déterminée.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des enfants prépubères est une indication utile pour faire le diagnostic de trouble pédophilie (Seto et al. 2006). Il s'agit d'un exemple particulier de la règle générale qui veut que les individus choisissent le type de pornographie qui correspond à leurs intérêts sexuels.

Prévalence

La prévalence en population générale du trouble pédophilie n'est pas connue (Cohen et Galynker 2002 ; Hall et Hall 2007). La prévalence probable la plus élevée peut être estimée à 3-5 % chez les hommes (Seto 2008b ; Seto 2009). La prévalence en population générale chez les femmes est encore plus incertaine mais doit correspondre à une petite fraction de la prévalence chez les hommes (Cohen et Galynker 2002 ; Hall et Hall 2007 ; Seto 2009).

Développement et évolution

Les hommes adultes ayant un diagnostic de trouble pédophilie rapportent souvent avoir été conscients, pour la première fois, de leur intérêt sexuel pour les enfants autour de la puberté, à l'âge où les hommes qui vont ensuite préférer des partenaires sexuellement matures deviennent conscients de leur préférence sexuelle (pour les femmes ou pour les hommes) (Cohen et Galynker 2002 ; Hall et Hall 2007 ; Seto 2004). Essayer de diagnostiquer la pédophilie à l'âge où elle se manifeste pour la première fois est problématique car il est difficile de la différencier, dans la période de développement des adolescents, du simple intérêt pour ses pairs ou de la curiosité sexuelle appropriée à l'âge. C'est pour cette raison que le critère C requiert pour le diagnostic un âge minimum de 16 ans et au moins 5 ans de différence avec l'enfant ou les enfants mentionnés au critère A.

La pédophilie *per se* semble être une affection chronique (Hall et Hall 2007 ; Seto 2008b). Le trouble pédophilie requiert, lui, nécessairement d'autres éléments qui peuvent changer avec le temps, avec ou sans traitement, comme la détresse subjective (p. ex. culpabilité, honte, frustration sexuelle intense, solitude), l'altération psychosociale ou la propension à passer à l'acte sexuellement avec des enfants, ou chacun de ces éléments. En conséquence, l'évolution du trouble pédophilie peut fluctuer en plus ou en moins en fonction de l'âge.

Les adultes ayant un diagnostic de trouble pédophilie peuvent relater avoir été d'abord conscients de leur intérêt sexuel pour les enfants avant de s'être engagés dans des pratiques sexuelles impliquant des enfants ou de s'identifier comme pédophiles (Seto 2008a). Comme pour les autres comportements sexuels paraphiliques ou normophiliques, la fréquence des comportements impliquant des enfants semble diminuer avec l'âge (Barbaree et Blanchard 2008).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Il semble qu'il existe une interaction entre trouble pédophilie et comportements antisociaux car les hommes présentant les deux traits ont une plus forte tendance à passer à l'acte sexuellement avec des enfants (Seto 2008b, Seto 2009). La personnalité antisociale peut donc être considérée comme un facteur de risque pour le trouble pédophilie chez les hommes pédophiles.

Environnementaux. Les hommes pédophiles rapportent souvent avoir été victimes d'abus sexuels lorsqu'ils étaient enfants (Cohen et Galynker 2002 ; Hall et Hall 2007 ; Seto 2008b). Cependant, il n'est pas établi que cette corrélation corresponde à une influence causale entre abus sexuels dans l'enfance et pédophilie chez l'adulte.

Génétiques et physiologiques. Puisque la pédophilie est une condition nécessaire au trouble pédophilie, tout facteur augmentant la probabilité de la pédophilie augmente aussi le risque de trouble pédophilie. Les hommes pédophiles rapportent souvent avoir été victimes d'abus sexuels lorsqu'ils étaient enfants. Il semblerait que des perturbations neurodéveloppementales *in utero* augmenteraient la probabilité d'avoir une orientation pédophile (Cantor et al. 2005).

Questions diagnostiques liées au genre

Les mesures psychophysiologiques de l'intérêt sexuel effectuées dans des laboratoires, qui peuvent parfois se montrer utiles pour diagnostiquer le trouble chez les hommes, ne sont pas nécessairement utiles chez les femmes, même si les procédures sont identiques (p. ex. temps de visionnage) ou analogues (p. ex. pléthysmographie pénienne ou photo-pléthysmographie vaginale) et disponibles.

Marqueurs diagnostiques

Les mesures psychophysiologiques de l'intérêt sexuel peuvent être parfois utiles lorsqu'un individu nie avec force des faits suggérant un possible trouble pédophilie ou une attirance pour les enfants. La mesure la plus largement étudiée et utilisée depuis le plus longtemps est la *pléthysmographie pénienne* (Camilleri et Quinsey 2008 ; Seto 2008a), même si la sensibilité et la spécificité du diagnostic peuvent varier d'un site à l'autre. Le *temps de visionnage* reposant sur des photos de personnes nues ou partiellement habillées comme stimuli visuels est aussi utilisé pour diagnostiquer le trouble pédophilie, en particulier en combinaison avec des auto-évaluations (Camilleri et Quinsey 2008). À ce propos, les professionnels de santé aux États-Unis doivent être conscients du fait que la possession de tels stimuli visuels, même à visée diagnostique, peut violer la loi américaine réprouvant la possession d'images de pornographie infantile et expose les professionnels de la santé mentale à des poursuites pénales pour crimes.

Diagnostic différentiel

De nombreuses affections pouvant constituer des diagnostics différentiels du trouble pédophilie sont parfois présentes en tant que troubles comorbides. En conséquence, il est généralement nécessaire d'évaluer les éléments de trouble pédophilie et les autres affections comme des problèmes distincts.

Personnalité antisociale. Le trouble augmente la probabilité pour qu'un individu plutôt attiré par des personnes sexuellement matures s'approche d'un enfant, à une ou plusieurs occasions, sur la base d'une relative disponibilité. Le sujet présente souvent d'autres signes de ce trouble de personnalité comme des actes de délinquance récurrents.

Troubles de l'usage de substances. Les effets désinhibiteurs de l'intoxication peuvent aussi augmenter la probabilité pour qu'une personne plutôt attirée par des personnes sexuellement matures s'approche sexuellement d'un enfant.

Trouble obsessionnel-compulsif. Il existe des individus qui se plaignent de pensées et de préoccupations égodystoniques portant sur une possible attirance pour les enfants. Les entretiens cliniques révèlent, en général, que lors des états de grande excitation sexuelle (p. ex. approchant l'orgasme pendant la masturbation), il y a absence de pensées portant sur des enfants et révèlent parfois des idées sexuelles intrusives additionnelles égodystoniques (p. ex. des questions à propos de l'homosexualité).

Comorbidité

Les troubles psychiatriques pouvant être comorbides avec la pédophilie en tant que trouble sont les troubles dépressifs, bipolaires et anxieux, la personnalité antisociale et les autres troubles paraphiliques (Camilleri et Quinsey 2008 ; Cohen et Galynker 2002 ; Hall et Hall 2007 ; Seto 2008b). Néanmoins, les données sur les troubles comorbides étant largement issues des recherches chez des individus, pour la plupart des hommes, convaincus de délits impliquant des enfants, elles peuvent ne pas être généralisables aux autres individus ayant un diagnostic de trouble pédophilie, comme par exemple ceux qui n'ont jamais approché sexuellement un enfant mais qui remplissent les critères du trouble à cause de leur détresse subjective.

Trouble fétichisme

Critères diagnostiques

302.81 (F65.0)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée soit par l'utilisation d'objets, soit par un intérêt hautement spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. Les fantasmes, les pulsions sexuelles ou les comportements entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les objets fétiches ne se limitent pas à des vêtements utilisés pour se travestir (comme dans le transvestisme) ou des appareils conçus pour la stimulation tactile des organes génitaux (p. ex. un vibromasseur).

Spécifier :

Partie(s) du corps

Objet(s)

Autres

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est essentiellement applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités d'avoir des comportements fétichistes sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas souffert ou présenté d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Spécifications

Même si les individus ayant un diagnostic de trouble fétichisme peuvent rapporter une excitation sexuelle intense et récurrente pour des objets ou des parties spécifiques du corps, il n'est pas rare qu'il puisse exister une combinaison non mutuellement exclusive de fétiches. Un individu peut donc avoir un diagnostic de trouble fétichisme associé à un objet (p. ex. des sous-vêtements féminins) ou une focalisation exclusive sur une partie du corps intensément érotisée (p. ex. pieds, cheveux) ou les intérêts fétichistes peuvent atteindre les critères pour des combinaisons variées de ces spécifications (p. ex. chaussettes, chaussures et pieds).

Caractéristiques diagnostiques

La focalisation paraphilique du trouble fétichisme implique l'utilisation de ou la dépendance à des objets ou une focalisation hautement spécifique, durable et répétitive sur

une partie du corps, typiquement non génitale, comme éléments primaires d'excitation sexuelle (critère A). Le diagnostic de trouble fétichisme doit inclure une détresse personnelle cliniquement significative ou une altération du rôle psychosocial (critère B). Les objets fétiches les plus fréquents sont les sous-vêtements féminins, les chaussures d'hommes ou de femmes, les articles en latex, les vêtements de cuir ou d'autres accessoires d'habillement. Les parties du corps hautement érotisées sont, en général, les pieds, les orteils et les cheveux. Il n'est pas rare que les fétiches sexuels soient une combinaison d'objets et de parties du corps (p. ex. les chaussettes sales et les pieds) (Gosselin et Wilson 1980 ; Junginger 1997 ; Scorolli et al. 2007 ; Weinberg et al. 1994) et c'est pour cette raison que la définition du fétichisme en tant que trouble réincorpore, maintenant, la notion de *partialisme* (c.-à-d. une focalisation exclusive sur une partie du corps) à l'intérieur de ses frontières. Le partialisme, qui était considéré auparavant comme un trouble paraphilique non spécifié, avait déjà fait partie historiquement du fétichisme avant le DSM-III (Kafka 2010).

De nombreux individus qui disent avoir des pratiques fétichistes ne se plaignent pas nécessairement de perturbations cliniques associées à ces comportements fétichistes (Chalkley et Powell 1983 ; Gosselin et Wilson 1980 ; Scorolli et al. 2007 ; Weinberg et al. 1994). Ces personnes peuvent être considérées comme ayant un fétiche mais ne pas recevoir le diagnostic de trouble fétichisme. Ce diagnostic requiert de manière concourante que soient présents chacun des comportements du critère A et de façon cliniquement significative une détresse ou une altération du fonctionnement comme stipulé dans le critère B.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le fétichisme peut être une expérience multisensorielle incluant les actions de porter, goûter, frotter, introduire ou sentir l'objet fétiche tout en se masturbant ou préférer qu'un partenaire porte ou utilise un objet fétiche pendant les rapports sexuels (Chalkley et Powell 1983 ; Gosselin et Wilson 1980 ; Scorolli et al. 2007 ; Weinberg et al. 1994). Certains individus peuvent acquérir de vastes collections d'objets fétiches hautement désirés.

Développement et évolution

Habituellement les paraphilies débutent à la puberté mais les fétiches peuvent exister avant l'adolescence. Il est établi que le trouble fétichisme tend à évoluer de manière continue avec des fluctuations en intensité et en termes de fréquence des pulsions et des comportements.

Questions diagnostiques liées à la culture

La connaissance ainsi qu'une appréciation adéquate des normes de comportements sexuels sont des facteurs importants à considérer pour établir le diagnostic clinique du trouble fétichisme et pour distinguer un diagnostic clinique d'un comportement sexuel acceptable socialement.

Questions diagnostiques liées au genre

L'existence d'un trouble fétichisme n'a pas été rapportée d'une façon systématique chez les femmes. Dans les échantillons cliniques, le trouble fétichisme n'est presque exclusivement retrouvé que chez les hommes.

Retentissement fonctionnel du trouble fétichisme

Les altérations typiques associées avec le trouble fétichisme concernent les problèmes sexuels lors des relations amoureuses lorsque le fétiche préféré (objet ou partie du

corps) n'est pas disponible pendant les préliminaires ou le coït. Certains individus présentant ce trouble peuvent préférer des activités sexuelles solitaires associées à leur(s) préférence(s) fétichiste(s), même s'ils ont une relation affectueuse et réciproque.

Bien que le trouble fétichisme soit relativement rare chez les délinquants sexuels paraphiliques faisant l'objet d'interpellations (Abel et Osborn 1992 ; Gebhard et al. 1965a ; Gebhard et al. 1965b), les hommes présentant ce trouble peuvent voler ou collectionner leur(s) objet(s) fétiche(s) préféré(s) (Chalkley et Powell 1983 ; Gebhard et al. 1965b). De tels individus sont arrêtés et condamnés pour comportements antisociaux non sexuels (p. ex. introduction par effraction, vol, cambriolage) qui sont, en fait, motivés par leur fétichisme.

Diagnostic différentiel

Trouble transvestisme. Le diagnostic le plus proche du trouble fétichisme est le trouble transvestisme. Comme il est mentionné dans les critères diagnostiques, on ne pose pas de diagnostic de trouble fétichisme si les objets fétiches se limitent à des vêtements et accessoires utilisés uniquement pour se travestir, comme dans le trouble transvestisme, ou lorsque l'objet est sexuellement excitant parce qu'il a été conçu à cet effet (p. ex. un vibromasseur).

Trouble masochisme sexuel et autres troubles paraphiliques. Les fétiches peuvent être utilisés dans d'autres troubles paraphiliques et plus particulièrement dans le « sadomasochisme » (Gosselin et Wilson 1980 ; Weinberg et al. 1994) et le trouble transvestisme (Freund et al. 1996 ; Wilson et Gosselin 1980). Si un individu fantasme ou pratique « le travestissement forcé » et qu'il est en fait sexuellement excité par la domination ou l'humiliation en rapport avec ce fantasme ou cette pratique répétée, le diagnostic de trouble masochisme sexuel doit être posé.

Comportement fétichiste sans trouble fétichisme. L'utilisation d'un objet fétiche pour s'exciter sexuellement sans qu'il y ait détresse ni altération du rôle psychosocial ni d'autres conséquences négatives associées ne remplit pas les critères du trouble fétichisme et le seuil requis pour le critère B n'est pas atteint. Par exemple, un individu qui a un partenaire sexuel qui, soit partage, soit fait sien avec succès ses intérêts pour les actions de caresser, sentir ou lécher les pieds ou les orteils comme éléments importants faisant partie des préliminaires ne recevra pas de diagnostic de trouble fétichisme. Il en est de même pour ceux qui ont des activités solitaires associées au port de vêtements en latex ou de bottes en cuir et qui n'éprouvent ni détresse ni perturbation.

Comorbidité

Le trouble fétichisme peut coexister avec d'autres troubles paraphiliques et avec l'hypersexualité. Le trouble fétichisme peut, rarement, être aussi associé à des maladies neurologiques.

Trouble transvestisme

Critères diagnostiques

302.3 (F65.1)

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de se travestir, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements.
- B. Les fantasmes, les pulsions sexuelles ou les comportements entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Avec fétichisme : Si sexuellement excité par des tissus, des matières ou des vêtements.

Avec autogynéphilie : Si sexuellement excité par des pensées ou des images de soi en femme.

Spécifier si :

En environnement protégé : Cette spécification est essentiellement applicable aux individus vivant en institution ou dans d'autres cadres où les opportunités de se travestir sont restreintes.

En rémission complète : L'individu n'a pas souffert ou eu d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants depuis au moins 5 ans en milieu non protégé.

Spécifications

La présence de fétichisme diminue la probabilité d'une dysphorie de genre chez les hommes présentant un diagnostic de trouble transvestisme (Blanchard 2010). La présence d'autogynéphilie diminue la probabilité d'une dysphorie de genre chez les hommes présentant un diagnostic de trouble transvestisme (Blanchard 2010).

Caractéristiques diagnostiques

Le diagnostic de trouble transvestisme ne s'applique pas à tous les individus qui se travestissent, même ceux qui le font régulièrement. Il s'applique à ceux pour qui le fait de se travestir ou d'y penser entraîne toujours, ou souvent, une excitation sexuelle (critère A) et qui ressentent une détresse émotionnelle du fait de cette pratique ou une altération du fonctionnement social ou relationnel (critère B). Le travestissement peut reposer sur seulement un ou deux vêtements (p. ex. pour les hommes, seulement l'utilisation d'un sous-vêtement féminin) ou il peut consister à revêtir tous les vêtements d'intérieur ou d'extérieur de l'autre sexe et, pour les hommes, à se maquiller ou à porter des perruques féminines. Le trouble transvestisme est quasi exclusivement l'apanage des hommes. L'excitation sexuelle, dont la forme la plus visible est l'érection pénienne, peut être présente pendant le travestissement de différentes manières. Chez les hommes jeunes, le travestissement entraîne souvent la masturbation, à la suite de quoi tout vêtement féminin est retiré. Les hommes plus âgés apprennent souvent à ne pas se masturber ou à faire quoi que ce soit qui pourrait stimuler leur pénis, ce qui leur permet de ne pas éjaculer et de prolonger, ainsi, la session de travestissement. Les hommes qui ont une partenaire féminine complètent parfois la session par des rapports sexuels avec elle et certains d'entre eux ont du mal à maintenir une érection suffisante pour le rapport sans rester travestis (ou fantasmer qu'ils sont encore travestis).

L'évaluation clinique de la détresse et de l'altération, de même que l'évaluation clinique de l'excitation sexuelle liée au travestissement reposent en général sur les dires de l'individu. Le schéma de comportement « débarras et acquisition » signe souvent la présence d'une détresse chez l'individu présentant un diagnostic de trouble transvestisme. Durant cette séquence comportementale, l'individu, généralement un homme, ayant dépensé beaucoup d'argent pour acheter des vêtements féminins ou d'autres articles (chaussures, perruques) se débarrasse ensuite de ces items (c.-à-d. nettoie par le vide) dans un effort pour surmonter cette envie irrépressible de se travestir et recommence ensuite à racheter toute une nouvelle garde-robe féminine.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le travestissement chez l'homme est souvent associé à l'autogynéphilie qui est une paraphilie masculine s'exprimant par une tendance à être sexuellement excité

par la pensée ou l'image de soi en femme (Blanchard 1991). Les fantasmes et les comportements autogynéphiliques peuvent se focaliser sur l'idée de présenter des fonctions physiologiques féminines (p. ex. lactation, menstruations), d'effectuer des activités féminines stéréotypées (p. ex. tricoter) ou d'avoir une anatomie féminine (p. ex. des seins).

Prévalence

La prévalence en population générale du trouble transvestisme est inconnue. Il est rare chez l'homme et extrêmement rare chez la femme. Moins de 3 % des hommes rapportent avoir été sexuellement excités par le fait de s'habiller en femme (Långström et Zucker 2005). Le pourcentage d'individus s'étant travestis plus d'une fois, ou quelques fois, et en ayant été sexuellement excités serait encore plus faible. La majorité des hommes ayant un diagnostic de trouble transvestisme sont hétérosexuels, même si quelques-uns ont des rapports sexuels occasionnels avec des hommes, particulièrement lorsqu'ils sont travestis.

Développement et évolution

Chez l'homme, les premiers signes du trouble transvestisme peuvent débiter dès l'enfance par une grande fascination par un vêtement féminin. Avant la puberté, le travestissement produit des sensations généralisées d'excitations plaisantes. À l'arrivée de la puberté, s'habiller en femme commence à entraîner des érections et, dans certains cas, la première éjaculation. Dans de nombreux cas, le fait de se travestir provoque de moins en moins d'excitation sexuelle en vieillissant et même, plus de réponse pénienne discernable. En même temps, le désir de se travestir reste le même ou devient même plus important. Les individus qui déclarent avoir une diminution de la réponse sexuelle rapportent typiquement que l'excitation sexuelle a été remplacée par un sentiment de confort et de bien-être (Buhrich 1978 ; Buhrich et Beaumont 1981).

Dans certains cas, l'évolution du transvestisme reste à un niveau constant et dans d'autres cas elle est épisodique. Il n'est pas rare chez les hommes ayant un diagnostic de trouble transvestisme de perdre l'intérêt pour le travestissement lorsqu'ils tombent amoureux la première fois d'une femme et qu'ils débutent une relation, mais ce type de réduction de l'intérêt reste temporaire. Lorsque le désir de se travestir revient, la détresse associée revient par la même occasion.

Certains cas de trouble transvestisme évoluent vers la dysphorie de genre. Les hommes dans ce cas, qui peuvent ne pas se distinguer des autres individus ayant un diagnostic de trouble transvestisme durant l'adolescence ou la petite enfance, vont développer graduellement le désir de rester dans un rôle féminin pendant des périodes plus longues et de féminiser leur anatomie (Person et Ovesey 1974). Le développement de la dysphorie de genre s'accompagne généralement, d'après leurs dires, d'une réduction, voire d'une élimination, de l'excitation sexuelle suscitée par le fait de se travestir.

Les effets du transvestisme sur les érections et la stimulation, comme pour les autres intérêts sexuels paraphiliques mais aussi normophiliques, sont plus intenses à l'adolescence et chez les jeunes adultes. La gravité du trouble transvestisme est plus importante chez les adultes, lorsque les envies de se travestir ont davantage tendance à rentrer en conflit avec la performance durant les rapports hétérosexuels et les désirs de se marier ou d'avoir des enfants. Les hommes d'âge moyen ou âgés ayant des antécédents de transvestisme ont moins tendance à développer un trouble transvestisme que ceux qui ont une dysphorie de genre.

Retentissement fonctionnel du trouble transvestisme

Les comportements de travestissement peuvent interférer avec, ou diminuer, les relations hétérosexuelles. Ils peuvent être la source de détresse chez les hommes qui souhaitent conserver des relations maritales conventionnelles ou des liens romantiques avec leurs partenaires féminines.

Diagnostic différentiel

Trouble fétichisme. Ce trouble peut ressembler au trouble transvestisme, en particulier chez les hommes fétichistes qui se masturbent habillés avec des sous-vêtements féminins. Distinguer les deux troubles dépend des pensées spécifiques de l'individu pendant de telles activités (p. ex. existe-t-il des idées telles qu'« être une femme », « être comme une femme » ou « être habillé comme une femme » ?) et de la présence d'autres fétiches (p. ex. des objets doux, en soie, utilisés ou non comme des vêtements ou pour autre chose).

Dysphorie de genre. Les individus présentant un trouble transvestisme ne rapportent pas d'incongruité entre leur genre vécu et leur genre assigné ni un désir d'être de l'autre genre et ils n'ont typiquement pas d'antécédents de comportement de travestissement dans l'enfance, ce qui serait le cas chez des individus ayant une dysphorie de genre. Les personnes remplissant tous les critères du trouble transvestisme et de la dysphorie de genre doivent recevoir les deux diagnostics.

Comorbidité

Le transvestisme, et donc aussi le trouble transvestisme, se rencontrent souvent associés à d'autres paraphilies. Le trouble fétichisme et le trouble masochisme sont les troubles paraphiliques les plus fréquemment comorbides (Wilson et Gosselin 1980). Une forme particulièrement dangereuse de trouble masochisme, *l'asphyxie autoérotique*, est associée au trouble transvestisme dans une proportion substantielle de cas mortels (Hucker et Blanchard 1992).

Autre trouble paraphilique spécifié

302.89 (F65.89)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques de troubles paraphiliques, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre. La catégorie des autres troubles paraphiliques spécifiés est utilisée dans des situations où le clinicien décide de communiquer la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble paraphilique spécifique ne sont remplis totalement par le tableau clinique. Cela est fait en notant « autre trouble paraphilique spécifié » puis la raison particulière (p. ex. « zoophilie »).

Exemples (non exhaustifs) de tableaux cliniques qui peuvent être spécifiés en utilisant la désignation « autre trouble paraphilique spécifié » : excitation sexuelle intense et récurrente suscitée par une *scatologie téléphonique* (appels téléphoniques obscènes), une *nécrophilie* (cadavres), une *zoophilie* (animaux), une *coprophilie* (excréments), une *clystérophilie* (lavement) ou une *urophilie* (urine), présentes depuis au moins 6 mois et entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Comme les autres troubles paraphiliques,

un « autre trouble paraphilique spécifié » peut être spécifié en rémission et/ou en environnement protégé.

Trouble paraphilique non spécifié

302.9 (F65.9)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques de troubles paraphiliques, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre. La catégorie des troubles paraphiliques non spécifiés est utilisée dans des situations où le clinicien décide de *ne pas* spécifier la raison pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas tous les critères d'un trouble paraphilique, et inclut des tableaux cliniques pour lesquels il n'y a pas assez d'informations pour poser un diagnostic plus spécifique.

Références

Trouble voyeurisme

- Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, et al: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16(2):153–168, 1988 3395701
- Bradford JM, Boulet J, Pawlak A: The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours. *Can J Psychiatry* 37(2):104–108, 1992 1562953
- Fedora O, Reddon JR, Morrison JW, et al: Sadism and other paraphilias in normal controls and aggressive and nonaggressive sex offenders. *Arch Sex Behav* 21(1):1–15, 1992 1546932
- Gebhard PH, Gagnon JH, Pomeroy WB, Christenson C: *Sex Offenders: An Analysis of Types*. New York, Harper & Row, 1965
- Kafka MP: Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 39(2):377–400, 2010 19937105
- Kafka MP, Hennen J: A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse* 14(4):349–366, 2002 12375492
- Långström N: The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav* 39(2):317–324, 2010 19924524
- Långström N, Seto MC: Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch Sex Behav* 35(4):427–435, 2006 16900414
- Lavin M: Voyeurism: psychopathology and theory, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 305–319
- Mann RE, Ainsworth F, Al-Attar Z, Davies M: Voyeurism: assessment and treatment, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, 61–75

Trouble exhibitionnisme

- Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, et al: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16(2):153–168, 1988 3395701
- Bradford JM, Boulet J, Pawlak A: The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours. *Can J Psychiatry* 37(2):104–108, 1992 1562953
- Fedora O, Reddon JR, Morrison JW, et al: Sadism and other paraphilias in normal controls and aggressive and nonaggressive sex offenders. *Arch Sex Behav* 21(1):1–15, 1992 1546932

- Firestone P, Kingston DA, Wexler A, Bradford JM: Long-term follow-up of exhibitionists: psychological, phallometric, and offense characteristics. *J Am Acad Psychiatry Law* 34(3):349–359, 2006 17032959
- Gebhard PH, Gagnon JH, Pomeroy WB, Christenson C: *Sex Offenders: An Analysis of Types*. New York, Harper & Row, 1965
- Långström N: The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav* 39(2):317–324, 2010 19924524
- Långström N, Seto MC: Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Arch Sex Behav* 35(4):427–435, 2006 16900414
- Morin JW, Levenson JS: Exhibitionism: assessment and treatment, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 76–107
- Murphy W, Page I: Exhibitionism: psychopathology and theory, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 61–75

Trouble frotteurisme

- Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, et al: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16(2):153–168, 1988 3395701
- Bradford JM, Boulet J, Pawlak A: The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours. *Can J Psychiatry* 37(2):104–108, 1992 1562953
- Fedora O, Reddon JR, Morrison JW, et al: Sadism and other paraphilias in normal controls and aggressive and nonaggressive sex offenders. *Arch Sex Behav* 21(1):1–15, 1992 1546932
- Freund K, Seto MC, Kuban M: Frotteurism and the theory of courtship disorder, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 1997, pp 111–130
- Kafka MP: Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 39(2):377–400, 2010 19937105
- Krueger RB, Kaplan MS: Frotteurism: assessment and treatment, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 150–163
- Långström N: The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav* 39(2):317–324, 2010 19924524
- Lussier P, Piché L: Frotteurism: psychopathology and theory, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 131–149.

Trouble masochisme sexuel

- Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, et al: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16(2):153–168, 1988 3395701
- Abel GG, Osborn CA, Twigg DA: Sexual assault through the life span: adult offenders with juvenile histories, in *The Juvenile Sex Offender*. Edited by Barbaree H, Marshall W, Hudson S. New York, Guilford, 1993, pp 104–117
- Bradford JM, Boulet J, Pawlak A: The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours. *Can J Psychiatry* 37(2):104–108, 1992 1562953
- Cairns FJ, Ranier SP: Death from electrocution during auto-erotic procedures. *N Z Med J* 94(693):259–260, 1981 6948177
- Freund K, Seto MC, Kuban M: Masochism: a multiple case study. *Sexology* 4(2):313–324, 1995
- Hucker SJ: Sexual masochism: psychopathology and theory, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 250–263
- Hucker SJ: Hypoxyphilia. *Arch Sex Behav* 40(6):1323–1326, 2011 21805211
- Krueger RB: The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Arch Sex Behav* 39(2):346–356, 2010 20221792
- Richters J, de Visser RO, Rissel CE, et al: Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, “sadoomasochism” or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med* 5(7):1660–1668, 2008 18331257

Trouble sadisme sexuel

- Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, et al: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16(2):153–168, 1988 3395701
- Abel GG, Osborn CA, Twigg DA: Sexual assault through the life span: adult offenders with juvenile histories, in *The Juvenile Sex Offender*. Edited by Barbaree H, Marshall W, Hudson S. New York, Guilford, 1993, pp 104–117
- Bradford JM, Boulet J, Pawlak A: The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours. *Can J Psychiatry* 37(2):104–108, 1992 1562953
- Krueger RB: The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Arch Sex Behav* 39(2):325–345, 2010 19997774
- Levitt EE, Moser C, Jamison KV: The prevalence and some attributes of females in the sadomasochistic subculture: a second report. *Arch Sex Behav* 23(4):465–473, 1994 7993186
- Richters J, de Visser RO, Rissel CE, et al: Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline. “somasochism” or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *J Sex Med* 5(7):1660–1668, 2008 18331257
- Weinberg TS: Somasochism and the social sciences: a review of the sociological and social psychological literature. *J Homosex* 50(2/3):17–40, 2006 16803757
- Yates PM, Hucker SJ, Kingston DA: Sexual sadism: psychopathology and theory, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 213–230

Trouble pédophilie

- Barbaree HE, Blanchard R: Sexual deviance over the lifespan: reductions in deviant sexual behavior in the aging sex offender, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 37–60
- Camilleri JA, Quinsey VL: Pedophilia: assessment and treatment, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008, pp 183–212
- Cantor JM, Blanchard R, Robichaud LK, Christensen BK: Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychol Bull* 131(4):555–568, 2005 16060802
- Cohen LJ, Galynker II: Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 8(5):276–289, 2002 15985890
- Hall RC, Hall RC: A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 82(4):457–471, 2007 17418075
- Seto MC: Pedophilia and sexual offenses against children. *Annu Rev Sex Res* 15:321–361, 2004 16913283
- Seto MC: Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention, Washington, DC, American Psychological Association, 2008a
- Seto MC: Pedophilia: psychopathology and theory, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. Edited by Laws DR, O'Donohue WT. New York, Guilford, 2008b, pp 164–182
- Seto MC: Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol* 5:391–407, 2009 19327034
- Seto MC, Cantor JM, Blanchard R: Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol* 115(3):610–615, 2006 16866601

Trouble fétichisme

- Abel GG, Osborn C: The paraphilias: the extent and nature of sexually deviant and criminal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 15(3):675–687, 1992 1409028
- Chalkley AJ, Powell GE: The clinical description of forty-eight cases of sexual fetishism. *Br J Psychiatry* 142:292–295, 1983 6860882
- Freund K, Seto MC, Kuban M: Two types of fetishism. *Behav Res Ther* 34(9):687–694, 1996 8936751
- Gebhard PH, Gagnon JH, Pomeroy WB, Christenson C: Miscellaneous offenders, in *Sex Offenders: An Analysis of Types*. New York, Harper & Row/Paul B Hoeber Medical Books, 1965a, pp400–421
- Gebhard PH, Gagnon JH, Pomeroy WB, Christenson C: Sample description, in *Sex Offenders: An Analysis of Types*. New York, Harper & Row, 1965b pp 27–53
- Gosselin C, Wilson G: *Sexual Variations*, London, Faber & Faber, 1980

- Junginger J: Fetishism: assessment and treatment, in *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. Edited by Laws DR, O'Donohue W. New York, Guilford, 1997, pp 92–110
- Kafka MP: The DSM diagnostic criteria for fetishism. *Arch Sex Behav* 39(2):357–362, 2010 19795202
- Scorolli C, Ghirlanda S, Enquist M, et al: Relative prevalence of different fetishes. *Int J Impot Res* 19(4):432–437, 2007 17304204
- Weinberg MS, Williams CJ, Calhan C: Homosexual foot fetishism. *Arch Sex Behav* 23(6):611–626, 1994 7872858
- Wilson GD, Gosselin C: Personality characteristics of fetishists, transvestites and sadomasochists. *Pers Individ Diff* 1:289–295, 1980

Trouble transvestisme

- Blanchard R: Clinical observations and systematic studies of autogynephilia. *J Sex Marital Ther* 17(4):235–251, 1991 1815090
- Blanchard R: The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism. *Arch Sex Behav* 39(2):363–372, 2010 19757010
- Buhrich N: Motivation for cross-dressing in heterosexual transvestism. *Acta Psychiatr Scand* 57(2):145–152, 1978 636906
- Buhrich N, Beaumont T: Comparison of transvestism in Australia and America. *Arch Sex Behav* 10(3):269–279, 1981 7271438
- Hucker SJ, Blanchard R: Death scene characteristics in 118 fatal cases of autoerotic asphyxia compared with suicidal asphyxia. *Behav Sci Law* 10(4):509–523, 1992
- Långström N, Zucker KJ: Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates. *J Sex Marital Ther* 31(2):87–95, 2005 15859369
- Person E, Ovesey L: The transsexual syndrome in males, II: secondary transsexualism. *Am J Psychother* 28(2):174–193, 1974 4829699
- Wilson GD, Gosselin C: Personality characteristics of fetishists, transvestites and sadomasochists. *Pers Individ Diff* 1:289–295, 1980

Page laissée en blanc intentionnellement.

Autres troubles mentaux

Quatre troubles sont inclus dans ce chapitre : autre trouble mental spécifié dû à une autre affection médicale, trouble mental non spécifié dû à une autre affection médicale, autre trouble mental spécifié, et trouble mental non spécifié. Cette catégorie résiduelle s'applique à des situations où les symptômes caractéristiques d'un trouble mental entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants prédominent mais ne remplissent tous les critères d'aucun trouble mental du DSM-5. Pour les autres troubles mentaux spécifiés et non spécifiés dus à une autre affection médicale, on doit établir que le trouble est causé par les effets physiologiques d'une autre affection médicale. Si d'autres troubles mentaux spécifiés et non spécifiés sont dus à une autre affection médicale, il est nécessaire de coder et de noter l'affection médicale en premier (p. ex. 042 [B20] Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine VIH), suivi de l'autre trouble mental spécifié ou non spécifié (utiliser le code approprié).

Autre trouble mental spécifié dû à une autre affection médicale

294.8 (F06.8)

Cette catégorie s'applique à des situations où les symptômes caractéristiques d'un trouble mental dû à une autre affection médicale entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants prédominent mais ne remplissent tous les critères d'aucun trouble mental spécifié imputable à une autre affection médicale. Le diagnostic autre trouble mental spécifié dû à une autre affection médicale est utilisé dans des situations où le clinicien décide de communiquer les raisons particulières pour lesquelles les critères d'aucun trouble mental spécifié imputable à une autre affection médicale ne sont totalement remplis par le tableau clinique. Cela est fait en notant le nom de la perturbation, avec le nom de l'affection médicale spécifique inséré à la place de « autre affection médicale », puis les symptômes spécifiques qui ne remplissent pas totalement les critères d'un quelconque trouble mental spécifié dû à une autre affection médicale. De plus, le code diagnostique de l'affection médicale spécifique doit être noté immédiatement avant le code correspondant à l'autre trouble mental spécifié dû à une autre affection médicale. Par exemple, symptômes dissociatifs dus à des crises comitiales partielles complexes sera codé et enregistré 345.40 (G40.209) crises comitiales partielles complexes, 294.8 (F06.8) autre trouble mental spécifié dû à des crises comitiales partielles complexes, symptômes dissociatifs.

Voici un exemple de situation qui peut être spécifiée en utilisant le terme « autre trouble mental spécifié » :

Symptômes dissociatifs : Cela inclut des symptômes survenant, par exemple, dans le contexte de crises comitiales partielles complexes.

Trouble mental non spécifié dû à une autre affection médicale

294.9 (F09)

Cette catégorie s'applique à des situations où les symptômes caractéristiques d'un trouble mental dû à une autre affection médicale entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants prédominent mais ne remplissent tous les critères d'aucun trouble mental spécifié imputable à une autre affection médicale. Le diagnostic autre trouble mental non spécifié dû à une autre affection médicale est utilisé dans des situations où le clinicien décide de *ne pas* communiquer les raisons particulières pour lesquelles les critères d'aucun trouble mental spécifié imputable à une autre affection médicale ne sont totalement remplis par le tableau clinique. Cela inclut des situations cliniques pour lesquelles on ne dispose pas d'informations suffisantes pour porter un diagnostic plus spécifique (p. ex. aux urgences). On note dans ce cas le nom du trouble, avec le nom de l'affection médicale spécifique inséré à la place de « autre affection médicale ». De plus, le code diagnostique de l'affection médicale spécifique doit être noté immédiatement avant le code correspondant à l'autre trouble mental non spécifié dû à une autre affection médicale. Par exemple, symptômes dissociatifs dus à des crises comitiales partielles complexes sera codé et enregistré 345.40 (G40.209) crises comitiales partielles complexes, 294.9 (F06.9) trouble mental non spécifié dû à des crises comitiales partielles complexes.

Autre trouble mental spécifié

300.9 (F99)

Cette catégorie s'applique à des situations où les symptômes caractéristiques d'un trouble mental entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants prédominent mais ne remplissent tous les critères d'aucun trouble mental spécifié. Le diagnostic autre trouble mental spécifié est utilisé dans des situations où le clinicien décide de communiquer les raisons particulières pour lesquelles les critères d'aucun trouble mental spécifié imputable à une autre affection médicale ne sont totalement remplis par le tableau clinique. Cela est fait en notant « autre trouble mental spécifié » suivi de la raison spécifique.

Trouble mental non spécifié

300.9 (F99)

Cette catégorie s'applique à des situations où les symptômes caractéristiques d'un trouble mental entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants prédominent mais ne remplissent tous les critères d'aucun trouble mental spécifié. Le diagnostic trouble mental non spécifié est utilisé dans des situations où le clinicien décide de *ne pas* communiquer les raisons particulières pour lesquelles les critères d'aucun trouble mental spécifié imputable à une autre affection médicale ne sont totalement remplis par le tableau clinique, et inclut des situations où l'on n'a pas assez d'informations pour porter un diagnostic spécifique (p. ex. aux urgences).

Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament

Les troubles des mouvements induits par un médicament sont inclus dans la section II en raison de leur importance et de leur fréquence dans 1) la prise en charge médicalemente des troubles mentaux et des autres affections médicales et 2) le diagnostic différentiel avec les troubles mentaux (p. ex. trouble anxieux *versus* akathisie induite par les neuroleptiques, catatonie maligne *versus* syndrome malin des neuroleptiques). Bien que ces troubles soient étiquetés « induits par un médicament », il est souvent difficile d'établir la relation causale entre l'exposition à un médicament et le développement d'un trouble des mouvements, notamment parce que certains de ces troubles des mouvements peuvent aussi se produire en l'absence d'exposition à un médicament. Les maladies et les problèmes décrits dans ce chapitre ne sont pas des troubles mentaux.

Le terme *neuroleptique* est quelque peu daté puisqu'il souligne la propension des médicaments antipsychotiques à produire des mouvements anormaux et il est en train d'être remplacé par le terme *antipsychotique* dans de multiples contextes. Néanmoins, le terme *neuroleptique* reste approprié dans le contexte de ce chapitre. Bien que les nouveaux médicaments antipsychotiques soient moins susceptibles de provoquer des troubles des mouvements induits par un médicament, ces syndromes surviennent encore. Les produits neuroleptiques englobent des médicaments conventionnels ou antipsychotiques typiques, ou antipsychotiques de première génération (p. ex. chlorpromazine, halopéridol, fluphénazine), les antipsychotiques atypiques plus récents ou antipsychotiques de seconde génération (p. ex. clozapine, rispéridone, olanzapine, quétiapine), certains médicaments bloqueurs des récepteurs dopaminergiques, utilisés dans le traitement des symptômes comme les nausées et la gastroparésie (p. ex. prochlorpérazine, prométhazine, triméthobenzamide, thiéthylpérazine et métoclopramide) et l'amoxapine qui est commercialisée comme antidépresseur.

Parkinsonisme induit par des neuroleptiques ou par d'autres médicaments

332.1 (G21.11)

Parkinsonisme induit par des neuroleptiques

332.1 (G21.19)

Parkinsonisme induit par d'autres médicaments

Tremblement parkinsonien, rigidité musculaire, akinésie (c.-à-d. perte de mouvement ou difficulté à initier le mouvement) ou bradykinésie (ralentissement des mouvements) apparaissant dans les quelques semaines qui suivent l'initiation ou l'augmentation de la dose d'un traitement (p. ex. un neuroleptique) ou après avoir réduit la dose d'un médicament utilisé pour traiter les symptômes extrapyramidaux.

Syndrome malin des neuroleptiques

333.92 (G21.0)

Syndrome malin des neuroleptiques

Bien que le syndrome malin des neuroleptiques soit facilement reconnu dans sa forme constituée, il est souvent hétérogène à son début, dans sa présentation, dans sa

progression et dans son issue (Addonizio et al. 1986 ; Caroff 2003 ; Caroff et Mann 1993 ; Rosebush et Stewart 1989 ; Strawn et al. 2007). Les caractéristiques cliniques décrites ci-dessous sont celles considérées comme étant les plus importantes pour le diagnostic d'un syndrome malin des neuroleptiques d'après les recommandations des consensus (Gurrera et al. 2011).

Caractéristiques diagnostiques

Les patients ont habituellement été exposés à un antagoniste dopaminergique dans les 72 heures avant le développement des symptômes. L'hyperthermie ($> 100,4$ °F ou $> 38,0$ °C à au moins deux occasions sur la température prise oralement), associée à une diaphorèse profuse est une caractéristique distinctive du syndrome malin des neuroleptiques, qui le distingue des autres effets secondaires neurologiques des médicaments antipsychotiques. Les élévations extrêmes de la température, reflétant un effondrement de la thermorégulation centrale, sont des symptômes qui soutiennent fortement le diagnostic de syndrome malin des neuroleptiques. La rigidité généralisée, décrite comme en « tuyau de plomb » dans les formes les plus sévères, et l'absence de réponse aux agents antiparkinsoniens constituent une caractéristique cardinale du trouble et peuvent être associées à d'autres symptômes neurologiques (p. ex. tremblements, sialorrhée, akinésie, dystonie, trismus, myoclonie, dysarthrie, dysphagie, rhabdomyolyse). On constate souvent une élévation de la créatine-kinase à des taux au moins quatre fois supérieurs à la limite supérieure de la normale. Un changement de l'état mental, caractérisé par un état confusionnel (delirium) ou une altération de la conscience allant de la stupeur au coma, est souvent un signe précoce (Velamoor et al. 1994). Les personnes affectées peuvent paraître alertes mais confuses et sans réaction, évoquant une stupeur catatonique. L'activation et l'instabilité du système nerveux autonome – se manifestant par une tachycardie (fréquence > 25 % par rapport à la normale), la diaphorèse, l'élévation de la pression artérielle (systolique ou diastolique ≥ 25 % par rapport à la normale) ou les fluctuations de la pression artérielle (≥ 20 mmHg de changement sur la pression diastolique ou ≥ 25 mmHg de changement sur la pression systolique dans les 24 heures), l'incontinence urinaire, et la pâleur – peuvent être présentes à n'importe quel moment mais elles fournissent un indice diagnostique précoce (Gurrera 1999). Il existe habituellement une tachypnée (fréquence respiratoire > 50 % par rapport à la normale) et il peut y avoir une détresse respiratoire – résultant d'une acidose métabolique, d'un hypermétabolisme, d'une restriction de l'ampliation thoracique, d'une pneumonie par inhalation ou d'une embolie pulmonaire – conduisant à un arrêt respiratoire soudain.

Il est essentiel de procéder à un bilan diagnostique, comprenant des examens de laboratoire, afin d'exclure des étiologies infectieuses, toxiques, métaboliques et neuropsychiatriques (Caroff et Mann 1993) (cf. plus loin « Diagnostic différentiel »). Bien que plusieurs anomalies dans les analyses soient associées au syndrome malin des neuroleptiques, aucune anomalie particulière n'est spécifique de ce diagnostic. Les personnes présentant un syndrome malin des neuroleptiques peuvent avoir une leucocytose, une acidose métabolique, une hypoxie, une diminution de la concentration sérique de fer (Rosebush et Mazurek 1991) et des élévations des concentrations sériques en enzymes musculaires et en catécholamines. Les résultats des analyses du liquide céphalo-rachidien et ceux de la neuro-imagerie sont habituellement normaux tandis que l'électroencéphalographie montre un ralentissement général. Les résultats des autopsies chez les patients décédés se sont révélés non spécifiques et variables, dépendant des complications.

Développement et évolution

Les données provenant d'études faites à partir de bases de données suggèrent un taux d'incidence pour le syndrome malin des neuroleptiques de 0,01 à 0,02 % parmi les personnes sous antipsychotiques (Spivak et al. 2000 ; Stübner et al. 2004). La progression temporelle des signes et symptômes fournit des indices importants pour le diagnostic et le pronostic du syndrome malin des neuroleptiques. Typiquement, l'altération de l'état mental et d'autres signes neurologiques précèdent les signes généraux (Velamoor et al. 1994). Le début des symptômes survient de façon variable dans les heures ou les premiers jours après l'instauration du traitement. Certains cas se développent dans les 24 heures après l'instauration du traitement, la plupart dans la première semaine et quasiment tous dans les 30 premiers jours (Caroff et Mann 1988). Une fois le syndrome diagnostiqué et le traitement antipsychotique oral arrêté, le syndrome malin des neuroleptiques reste limité dans la plupart des cas. Le temps de rétablissement moyen après arrêt du traitement étant de 7 à 10 jours, la plupart des personnes se rétablissent dans la semaine et quasiment tous dans les 30 jours. La durée peut être prolongée lorsque des antipsychotiques de longue durée d'action sont impliqués. Il existe des observations de cas d'après lesquelles des signes neurologiques résiduels persistent durant des semaines après la résolution des symptômes aigus et de l'hypermétabolisme (Caroff et al. 2000). La résolution totale des symptômes peut être obtenue dans la plupart des cas de syndrome malin des neuroleptiques ; néanmoins, des taux d'issues fatales de 10-20 % ont été rapportés lorsque le trouble n'est pas reconnu (Caroff 2003). Bien qu'il n'y ait pas de récurrence du syndrome malin des neuroleptiques chez de nombreuses personnes lorsqu'elles sont à nouveau traitées par antipsychotiques (Pope et al. 1991), il peut y avoir récurrence chez certains individus, en particulier lorsque les antipsychotiques sont réinstaurés précocement après un épisode (Caroff et Mann 1988 ; Rosebush et al. 1989 ; Susman et Addonizio 1988).

Facteurs de risque et pronostiques

Le syndrome malin des neuroleptiques représente un risque potentiel chez toute personne après l'administration d'un traitement antipsychotique. Il n'est pas spécifique d'un diagnostic psychiatrique particulier et peut survenir chez des personnes sans diagnostic de trouble mental et qui reçoivent des antagonistes dopaminergiques. Les facteurs cliniques, systémiques et métaboliques associés à une augmentation du risque de syndrome malin des neuroleptiques comprennent l'agitation, l'épuisement, la déshydratation et le déficit en fer (Rosebush et Mazurek 1991 ; Keck et al. 1989 ; Sachdev et al. 1997). Un épisode préalable associé à la prise d'antipsychotiques a été décrit dans 15 à 20 % des cas répertoriés, suggérant une vulnérabilité sous-jacente chez certains patients (Caroff et Mann 1988 ; Yamawaki et al. 1990) ; néanmoins, les résultats des études génétiques reposant sur le polymorphisme des récepteurs des neurotransmetteurs n'ont pas toujours été répliqués.

Presque tous les antagonistes dopaminergiques ont été associés avec le syndrome malin des neuroleptiques, bien que les antipsychotiques à haut potentiel antidopaminergique présentent un plus grand risque par rapport aux agents ayant un potentiel plus bas et aux antipsychotiques les plus récents (Ananth et al. 2004 ; Hasan et Buckley 1998 ; Stübner et al. 2004 ; Yacoub et Francis 2006). Des formes partielles ou peu graves peuvent être associées à la prise des antipsychotiques les plus récents mais le syndrome malin des neuroleptiques varie également en sévérité avec les traitements plus anciens. Certains antagonistes dopaminergiques utilisés en médecine (p. ex. métoclopramide, prochlorpérazine) ont aussi été impliqués. Les administrations

parentérales, une augmentation rapide des doses et les posologies globalement élevées ont été associées à une augmentation du risque (Keck et al. 1989 ; Sachdev et al. 1997) ; néanmoins, le syndrome malin des neuroleptiques survient habituellement aux doses thérapeutiques des antipsychotiques.

Diagnostic différentiel

Le syndrome malin des neuroleptiques doit être distingué d'autres pathologies neurologiques ou somatiques sévères, y compris les infections du système nerveux central, les pathologies inflammatoires ou auto-immunes, l'état de mal épileptique, les lésions structurales sous-corticales et d'autres affections générales (p. ex. phéochromocytome, thyrotoxicose, tétanos, coup de chaleur).

Le syndrome malin des neuroleptiques doit aussi être distingué de syndromes similaires résultant de l'utilisation d'autres substances ou traitements, tels que le syndrome sérotoninergique, le syndrome d'hyperthermie parkinsonien faisant suite à l'arrêt brutal d'un agoniste dopaminergique, le syndrome de sevrage à l'alcool ou à des sédatifs, l'hyperthermie maligne survenant au cours d'une anesthésie, l'hyperthermie associée à l'abus de stimulants et d'hallucinogènes, l'intoxication par l'atropine provenant des anticholinergiques.

Dans de rares cas, des personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur peuvent présenter une catatonie maligne, laquelle peut être non distinguable d'un syndrome malin des neuroleptiques (Mann et al. 1986). Certains chercheurs considèrent le syndrome malin des neuroleptiques comme une forme iatrogène de la catatonie maligne.

Dystonie aiguë induite par des médicaments

333.72 (G24.02) Dystonie aiguë induite par des médicaments

Contraction anormale ou prolongée des muscles des yeux (crise oculogyre), de la tête, du cou (torticolis ou rétrocolis), des membres ou du tronc apparaissant dans les quelques jours qui suivent l'initiation ou l'augmentation de la dose d'un traitement (tel qu'un neuroleptique) ou après avoir réduit la dose d'un médicament utilisé pour traiter les symptômes extrapyramidaux.

Akathisie aiguë induite par des médicaments

333.99 (G25.71) Akathisie aiguë induite par des médicaments

Plaintes subjectives d'agitation, souvent accompagnées par l'objectivation de mouvements excessifs (p. ex. mouvements continuels des jambes, se balancer d'un pied sur l'autre, faire les cent pas ou incapacité à rester tranquillement assis) qui apparaissent dans les quelques semaines qui suivent l'initiation ou l'augmentation de la dose d'un médicament (tel qu'un neuroleptique) ou après avoir réduit la dose d'un médicament utilisé pour traiter les symptômes extrapyramidaux.

Dyskinésie tardive

333.85 (G24.01) Dyskinésie tardive

Mouvements involontaires athétosiques ou choréiformes (persistant au moins quelques semaines), habituellement de la langue, du bas du visage et des mâchoires, et des

extrémités (mais parfois également des muscles pharyngés, diaphragmatiques ou du tronc) qui se développent en association avec l'utilisation d'un médicament neuroleptique pris depuis au moins quelques mois.

Les symptômes peuvent se développer après une période plus courte chez des personnes âgées. Chez certains patients, des mouvements de ce type peuvent apparaître après l'arrêt ou après changement ou réduction de dosage de médicaments neuroleptiques. Dans ces cas, la pathologie est appelée *dyskinésie émergente au cours du sevrage d'un neuroleptique*. Étant donné que les dyskinésies qui émergent au cours du sevrage d'un neuroleptique sont habituellement limitées dans le temps, persistant moins de 4-8 semaines, les dyskinésies qui persistent au-delà de cette période sont considérées comme des dyskinésies tardives.

Dystonie tardive

Akathisie tardive

333.72 (G24.09) Dystonie tardive

333.99 (G25.71) Akathisie tardive

Syndrome tardif incluant d'autres problèmes de mouvements, tels que la dystonie ou l'akathisie, lesquels sont distingués par leurs émergences tardives dans le traitement et leur persistance possible durant des mois voire des années, même après l'arrêt des neuroleptiques ou la réduction de leur posologie.

Tremblement d'attitude induit par un médicament

333.1 (G25.1) Tremblement d'attitude induit par un médicament

Ces tremblements fins (habituellement de l'ordre de 8-12 Hz) surviennent lors de tentatives de maintien d'une position et se développent en association avec un traitement médicamenteux (p. ex. lithium, antidépresseurs, valproate). Ce tremblement est très similaire à celui observé dans l'anxiété, avec la caféine et d'autres stimulants.

Autre trouble des mouvements induit par un médicament

333.99 (G25.79) Autre trouble des mouvements induit par un médicament

Cette catégorie est destinée aux troubles des mouvements induits par un médicament qui ne sont classifiés dans aucun des troubles spécifiques décrits ci-dessus. Exemples : 1) les présentations cliniques ressemblant à un syndrome malin des neuroleptiques associées à la prise d'un médicament autre qu'un neuroleptique et 2) d'autres affections tardives induites par un médicament.

Syndrome d'arrêt des antidépresseurs

995.29 (T43.205A) Contact initial

995.29 (T43.205D) Contact ultérieur

995.29 (T43.205S) Séquelles

Le syndrome d'arrêt des antidépresseurs est un ensemble de symptômes pouvant apparaître après l'arrêt brutal (ou une réduction marquée des posologies) d'un

traitement antidépresseur qui était pris de façon continue depuis au moins 1 mois. Les symptômes commencent généralement dans les 2 à 4 jours et comprennent typiquement des manifestations sensorielles, somatiques et cognitivo-émotionnelles spécifiques. Les symptômes sensoriels et somatiques fréquemment rapportés incluent des éclats de lumière, des sensations de « décharges électriques », des nausées et une hypersensibilité au bruit et à la lumière. Une anxiété et des sentiments d'appréhension non spécifiques peuvent aussi être rapportés. Les symptômes sont soulagés par la reprise du même médicament ou l'instauration d'un médicament différent ayant un mécanisme d'action similaire ; par exemple, les symptômes d'arrêt après retrait d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline peuvent être soulagés par l'instauration d'un antidépresseur tricyclique. Pour être qualifiés de syndrome d'arrêt des antidépresseurs, les symptômes ne doivent pas avoir été présents avant la réduction de la posologie de l'antidépresseur et ils ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. épisode maniaque ou hypomaniaque, intoxication par une substance, sevrage d'une substance, trouble à symptomatologie somatique).

Caractéristiques diagnostiques

Les symptômes d'arrêt peuvent survenir après un traitement par antidépresseurs tricycliques (p. ex. imipramine, amitriptyline, désipramine), inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (p. ex. fluoxétine, paroxétine, sertraline) et inhibiteurs de la monoamine-oxydase (p. ex. phénelzine, sélégiline, pargyline) (Bliez et Tremblay 2006 ; Delgado 2006 ; Demyttenaere et Haddad 2000 ; Fava 2006 ; Haddad 2001 ; Haddad et Qureshi 2000 ; Kaymaz et al. 2008 ; Mavissakalian et Perel 1999 ; Schatzberg et al. 2006 ; Shelton 2006 ; Warner et al. 2006). L'incidence de ce syndrome dépend de la posologie et de la demi-vie du médicament, ainsi que de la rapidité avec laquelle la dose est diminuée. Les médicaments à effet rapide arrêtés brusquement plutôt que de façon progressive comprennent probablement le plus de risques sur ce point. La paroxétine, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) à action rapide, est l'agent le plus communément associé à des symptômes d'arrêt mais de tels symptômes surviennent avec tous les types d'antidépresseurs (Fava 2006 ; Haddad 2001 ; Warner et al. 2006).

Contrairement aux syndromes de sevrage associés aux opiacés, à l'alcool et à d'autres substances à potentiel d'abus, le syndrome d'arrêt des antidépresseurs ne comporte pas de symptômes pathognomoniques ; au contraire, les symptômes tendent à être vagues et variables (Bliez et Tremblay 2006 ; Delgado 2006 ; Demyttenaere et Haddad 2000 ; Fava 2006 ; Haddad 2001 ; Haddad et Qureshi 2000 ; Kaymaz et al. 2008 ; Mavissakalian et Perel 1999 ; Schatzberg et al. 2006 ; Shelton 2006 ; Warner et al. 2006) et commencent typiquement entre 2 et 4 jours après la dernière dose d'antidépresseurs. Pour les ISRS (p. ex. paroxétine), des symptômes tels que des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des « chocs électriques dans la tête », une incapacité à dormir et une anxiété aiguë ont été décrits. L'antidépresseur utilisé avant l'arrêt ne doit pas avoir provoqué d'hypomanie ou d'euphorie (c.-à-d. qu'il doit être établi avec certitude que le syndrome d'arrêt ne résulte pas d'une modification de la stabilité de l'humeur en rapport avec le traitement antérieur). Le syndrome d'arrêt des antidépresseurs repose uniquement sur des facteurs pharmacologiques et n'est pas lié aux effets de renforcement de l'antidépresseur. De plus, dans le cas de la potentialisation d'un antidépresseur par l'association d'une substance stimulante, la cessation brusque peut aboutir à des symptômes de sevrage de la substance stimulante (cf. « Sevrage d'un stimulant » dans le chapitre « Troubles liés à une substance et troubles addictifs ») plutôt qu'au syndrome d'arrêt des antidépresseurs décrit ici.

Prévalence

La prévalence du syndrome d'arrêt des antidépresseurs est inconnue mais on pense qu'elle varie en fonction de la posologie préalable à l'arrêt, de la demi-vie du médicament et de son affinité pour les récepteurs et peut-être aussi la vitesse de métabolisation, génétiquement influencée, de l'individu pour ce médicament.

Évolution et développement

Compte tenu de l'absence d'études longitudinales, on sait peu de choses au sujet de l'évolution du syndrome d'arrêt des antidépresseurs. Les symptômes semblent s'apaiser au fil du temps avec des réductions très graduelles des posologies. Après un épisode, certaines personnes peuvent préférer reprendre le même médicament indéfiniment s'il est bien toléré.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel du syndrome d'arrêt des antidépresseurs inclut les troubles anxieux et dépressifs, les troubles de l'usage d'une substance et la tolérance aux médicaments.

Troubles anxieux et dépressifs. Les symptômes d'arrêt ressemblent souvent aux symptômes d'un trouble anxieux persistant ou à un retour aux symptômes somatiques de la dépression pour lesquels le médicament avait été prescrit initialement.

Troubles de l'usage d'une substance. Le syndrome d'arrêt des antidépresseurs diffère du sevrage d'une substance par le fait que les antidépresseurs eux-mêmes n'ont pas d'effets renforçants ou euphorisants. La posologie du médicament n'a pas été habituellement augmentée sans la permission du clinicien et le patient ne cherche généralement pas à obtenir des médicaments supplémentaires. Les critères pour un trouble de l'usage d'une substance ne sont pas remplis.

Tolérance aux médicaments. Tolérance et symptômes d'arrêt peuvent survenir en tant que réponse physiologique normale à l'arrêt d'un médicament après une durée d'exposition conséquente. Dans la plupart des cas, la tolérance à un médicament peut être gérée par une diminution soigneusement contrôlée.

Comorbidité

Typiquement, la médication a été prescrite au départ pour un trouble dépressif caractérisé et les symptômes originaux peuvent réapparaître durant le syndrome d'arrêt.

Autres effets secondaires d'un médicament

995.20 (T50.905A)	Contact initial
995.20 (T50.905D)	Contact ultérieur
995.20 (T50.905S)	Séquelles

Cette catégorie peut être utilisée par les cliniciens pour enregistrer les effets secondaires d'un médicament (autres que des symptômes liés aux mouvements) lorsque ces effets secondaires deviennent une préoccupation clinique essentielle. On peut citer comme exemples l'hypotension grave, les arythmies cardiaques et le priapisme.

Références

Syndrome malin des neuroleptiques

- Addonizio G, Susman VL, Roth SD: Symptoms of neuroleptic malignant syndrome in 82 consecutive inpatients. *Am J Psychiatry* 143(12):1587–1590, 1986 3789214
- Ananth J, Parameswaran S, Gunatilake S, et al: Neuroleptic malignant syndrome and atypical antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 65(4):464–470, 2004 15119907
- Caroff SN: Neuroleptic malignant syndrome, in *Neuroleptic Malignant Syndrome and Related Conditions*, 2nd Edition. Edited by Mann SC, Caroff SN, Keck PE Jr, Lazarus A. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, pp 1–44
- Caroff SN, Mann SC: Neuroleptic malignant syndrome. *Psychopharmacol Bull* 24(1):25–29, 1988 3290944
- Caroff SN, Mann SC: Neuroleptic malignant syndrome. *Med Clin North Am* 77(1):185–202, 1993 8093494
- Caroff SN, Mann SC, Keck PE Jr, Francis A: Residual catatonic state following neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychopharmacol* 20(2):257–259, 2000 10770467
- Gurrera RJ: Sympathoadrenal hyperactivity and the etiology of neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 156(2):169–180, 1999 9989551
- Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A, Carroll BT, et al: An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. *J Clin Psychiatry* 72(9):1222–1228, 2011 21733489
- Hasan S, Buckley P: Novel antipsychotics and the neuroleptic malignant syndrome: a review and critique. *Am J Psychiatry* 155(8):1113–1116, 1998 9699705
- Keck PE Jr, Pope HG Jr, Cohen BM, et al: Risk factors for neuroleptic malignant syndrome: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 46(10):914–918, 1989 2572206
- Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, et al: Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 143(11):1374–1381, 1986 3777225
- Pope HG Jr, Aizley HG, Keck PE Jr, McElroy SL: Neuroleptic malignant syndrome: long-term follow-up of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 52(5):208–212, 1991 1674508
- Rosebush PI, Mazurek MF: Serum iron and neuroleptic malignant syndrome. *Lancet* 338(8760):149–151, 1991 1677067
- Rosebush P, Stewart T: A prospective analysis of 24 episodes of neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 146(6):717–725, 1989 2567121
- Rosebush PI, Stewart TD, Gelenberg AJ: Twenty neuroleptic rechallenges after neuroleptic malignant syndrome in 15 patients. *J Clin Psychiatry* 50(8):295–298, 1989 2569457
- Sachdev P, Mason C, Hadzi-Pavlovic D: Case-control study of neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 154(8):1156–1158, 1997 9247408
- Spivak B, Maline DI, Kozyrev VN, et al: Frequency of neuroleptic malignant syndrome in a large psychiatric hospital in Moscow. *Eur Psychiatry* 15(5):330–333, 2000 10954877
- Strawn JR, Keck PE Jr, Caroff SN: Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 164(6):870–876, 2007 17541044
- Stübner S, Rustenbeck E, Grohmann R, et al: Severe and uncommon involuntary movement disorders due to psychotropic drugs. *Pharmacopsychiatry* 37(suppl 1):S54–S64, 2004 15052515
- Susman VL, Addonizio G: Recurrence of neuroleptic malignant syndrome. *J Nerv Ment Dis* 176(4):234–241, 1988 2895164
- Velamoor VR, Norman RM, Caroff SN, Mann SC, et al: Progression of symptoms in neuroleptic malignant syndrome. *J Nerv Ment Dis* 182(3):168–173, 1994 7906709
- Yacoub A, Francis A: Neuroleptic malignant syndrome induced by atypical neuroleptics and responsive to lorazepam. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2(2):235–240, 2006 19412469
- Yamawaki S, Yano E, Uchitomi Y: Analysis of 497 cases of neuroleptic malignant syndrome in Japan. *Hiroshima Journal of Anesthesia* 26:35–44, 1990

Syndrome d'arrêt des antidépresseurs

- Blier P, Tremblay P: Physiologic mechanisms underlying the antidepressant discontinuation syndrome. *J Clin Psychiatry* 67(suppl 4):8–13, 2006 16683857
- Delgado PL: Monoamine depletion studies: implications for antidepressant discontinuation syndrome. *J Clin Psychiatry* 67(suppl 4):22–26, 2006 16683859

- Demyttenaere K, Haddad P: Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 403:50–56, 2000 11019935
- Fava M: Prospective studies of adverse events related to antidepressant discontinuation. *J Clin Psychiatry* 67(suppl 4):14–21, 2006 16683858
- Haddad PM: Antidepressant discontinuation syndromes. *Drug Saf* 24(3):183–197, 2001 11347722
- Haddad PM, Qureshi M: Misdiagnosis of antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 102(6):466–467, 2000 11142438
- Kaymaz N, van Os J, Loonen AJ, Nolen WA: Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 69(9):1423–1436, 2008 19193343
- Mavissakalian MR, Perel JM: Long-term maintenance and discontinuation of imipramine therapy in panic disorder with agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry* 56(9):821–827, 1999 12884888
- Schatzberg AF, Blier P, Delgado PL, et al: Antidepressant discontinuation syndrome: consensus panel recommendations for clinical management and additional research. *J Clin Psychiatry* 67(suppl 4):27–30, 2006 16683860
- Shelton RC: The nature of the discontinuation syndrome associated with antidepressant drugs. *J Clin Psychiatry* 67(suppl 4):3–7, 2006 16683856
- Warner CH, Bobo W, Warner C, et al: Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician* 74(3):449–456, 2006 16913164

Page laissée en blanc intentionnellement.

Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique

Ce chapitre décrit d'autres situations ou problèmes pouvant faire l'objet d'un examen clinique ou affecter d'une façon ou d'une autre le diagnostic, l'évolution, le pronostic ou le traitement du trouble mental d'un patient. Ces situations sont présentées avec leurs codes CIM-9-MC (habituellement des codes V) et CIM-10-MC (habituellement des codes Z) correspondants. Dans ce chapitre, une situation ou un problème peut être codé s'il est le motif de la consultation actuelle ou s'il contribue à expliquer le besoin d'un examen complémentaire, d'une procédure ou d'un traitement. Les situations et problèmes cités dans ce chapitre peuvent aussi être inclus dans le dossier médical en tant qu'informations utiles sur les circonstances pouvant affecter les soins du patient, indépendamment de leur pertinence pour la consultation en cours.

Les situations et problèmes décrits dans ce chapitre ne sont pas des troubles mentaux. Leur inclusion dans le DSM-5 a pour objectif d'attirer l'attention sur l'étendue des problèmes additionnels pouvant être rencontrés dans la pratique clinique courante et de fournir un relevé systématique pouvant être utile aux cliniciens pour les documenter.

Problèmes relationnels

Les relations clés, en particulier les relations intimes entre partenaires adultes ainsi que les relations entre le parent/la personne qui prend soin d'un enfant¹ et l'enfant, ont un impact significatif sur la santé des individus impliqués dans ces relations. Ces relations peuvent être sources de santé et protectrices, neutres ou nuisibles pour la santé. À l'extrême, ces relations de proximité peuvent être associées à de la maltraitance ou de la négligence et avoir des conséquences médicales et psychologiques significatives pour l'individu affecté. Un problème relationnel peut attirer l'attention clinique soit parce qu'il amène l'individu à rechercher des soins, soit parce qu'il constitue un problème susceptible d'affecter l'évolution, le pronostic ou le traitement du trouble mental ou d'une autre affection médicale du sujet.

Problèmes liés à l'éducation familiale

V61.20 (Z62.820) Problème relationnel parent-enfant

Dans cette catégorie, le terme parent désigne l'une des personnes prenant principalement soin d'un enfant ; il peut s'agir d'un parent biologique, adoptif ou nourricier ou d'une autre personne proche (p. ex. un grand-parent) qui joue un rôle parental pour l'enfant. Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif principal de l'examen clinique concerne la qualité de la relation parent-enfant ou lorsque la qualité de la relation parent-enfant affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale. Typiquement, le problème relationnel parent-enfant est associé à une altération du fonctionnement dans les domaines comportementaux, cognitifs ou affectifs. Les problèmes comportementaux comprennent l'inadéquation du contrôle,

1. NDT. En anglais : *caregiver*. La notion de *caregiver* provient des travaux de l'école de la théorie de l'attachement de John Bowlby et peut être explicitée en français par : « personne qui prend soin de l'enfant de façon cohérente et continue ».

de la supervision et de l'implication parentales, la surprotection parentale, la pression parentale excessive, les disputes qui évoluent vers des menaces de violence physique et l'évitement sans résolution des problèmes. Les problèmes cognitifs comprennent le fait d'attribuer des intentions négatives à autrui, l'hostilité envers l'autre ou le fait de faire de l'autre un bouc émissaire, et les sentiments injustifiés de mise à distance. Les problèmes affectifs comprennent des sentiments de tristesse, d'apathie ou de colère envers l'autre personne dans la relation. Les cliniciens doivent prendre en compte les besoins développementaux de l'enfant de même que le contexte culturel.

V61.8 (Z62.891) Problème relationnel dans la fratrie

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un mode d'interaction dans la fratrie associé à une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu ou de la famille ou au développement de symptômes chez un ou plusieurs membres de la fratrie, ou lorsqu'un problème relationnel dans la fratrie affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale d'un membre de la fratrie. Cette catégorie peut être utilisée aussi bien pour des enfants que pour des adultes si le motif de l'examen est centré sur la relation dans la fratrie. La fratrie dans ce contexte comprend les frères/sœurs biologiques, les demi-frères/demi-sœurs, les frères/sœurs de familles recomposées, les frères/sœurs par placement en famille d'accueil et les frères/sœurs adoptés.

V61.8 (Z62.29) Éducation à distance des parents

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est en rapport avec des problèmes concernant un enfant qui est élevé à distance de ses parents ou quand cette éducation à distance affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale. Il peut s'agir d'un enfant confié aux services de l'État ou placé auprès d'un proche ou en famille d'accueil. L'enfant peut aussi vivre chez quelqu'un qui n'est pas un proche de la famille ou avec des amis, en dehors de tout mandat judiciaire. Cette catégorie inclut les problèmes chez les enfants vivant en foyer ou en orphelinat ; elle exclut les problèmes chez des enfants scolarisés en internat V60.6 (Z59.3).

V61.29 (Z62.898) Enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif d'examen clinique concerne les effets négatifs de la mésentente parentale (p. ex. niveau élevé de conflits, détresse ou dénigrement) sur un enfant au sein de la famille, y compris les effets sur les troubles mentaux ou médicaux de l'enfant.

Autres problèmes liés au groupe de soutien primaire

V61.10 (Z63.0) Souffrance relationnelle avec le conjoint ou le partenaire

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif essentiel du contact clinique concerne la qualité de la relation intime entre époux ou partenaires ou lorsque la qualité de cette relation affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale. Les partenaires peuvent être du même sexe ou de sexes différents. Typiquement, la détresse relationnelle est associée à une altération du fonctionnement dans les domaines comportementaux, cognitifs et affectifs. Les problèmes comportementaux comprennent des difficultés à résoudre les conflits, le retrait et la surimplication. Les problèmes cognitifs peuvent se manifester par l'attribution chronique d'intentions négatives à autrui ou le rejet des comportements positifs du partenaire. Les problèmes affectifs comprennent la tristesse chronique, l'apathie et/ou la colère envers le partenaire.

N.B. : Cette catégorie exclut les consultations dans les services de santé mentale pour des problèmes impliquant des sévices entre époux ou partenaires V61.1x (Z69.1x) et les consultations relatives à la sexualité V65.49 (Z70.9).

V61.03 (Z63.5) Dislocation de la famille par séparation ou divorce

Cette catégorie doit être utilisée lorsque les partenaires d'un couple adulte vivent séparément du fait de problèmes relationnels ou sont engagés dans un processus de divorce.

V61.8 (Z63.8) Haut niveau d'émotions exprimées au sein de la famille

L'émotion exprimée est un construit utilisé en tant que mesure qualitative de la « quantité » d'émotion manifestée dans l'environnement familial – en particulier, l'hostilité, la surimplication émotionnelle et les critiques dirigées envers un membre de la famille qui est le patient identifié. Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un haut niveau d'émotions exprimées dans la famille est le motif de l'examen clinique ou quand il affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale d'un membre de la famille.

V62.82 (Z63.4) Deuil non compliqué

Cette catégorie doit être utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est une réaction normale à la mort d'un être cher. Certains individus affligés présentent, comme réaction à cette perte, des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif caractérisé – par exemple, des sentiments de tristesse associés à des symptômes tels qu'insomnie, perte d'appétit, perte de poids. Typiquement, l'individu en deuil considère son humeur déprimée comme « normale », bien qu'il puisse rechercher l'aide d'un professionnel pour soulager les symptômes associés tels qu'une insomnie ou une anorexie. La durée et l'expression d'un deuil « normal » varient considérablement selon les différents groupes culturels. Des instructions supplémentaires pour distinguer la souffrance du deuil de celle d'un épisode dépressif caractérisé sont fournies dans les critères de l'épisode dépressif caractérisé.

Sévices et négligence

La maltraitance par un membre de la famille (p. ex. la personne qui prend soin d'un membre de la famille, le conjoint) ou par une personne ne faisant pas partie des proches peut être au centre de l'intérêt clinique ou être un facteur important dans l'évaluation et le traitement de patients présentant un trouble mental ou une autre affection médicale. Vu les implications légales des sévices et de la négligence, l'évaluation de ces états et l'attribution des codes diagnostiques correspondants doivent être effectuées avec soin. Des antécédents de sévices et de négligence peuvent influencer le diagnostic et la réponse thérapeutique dans un grand nombre de troubles mentaux, et ils peuvent aussi être notés avec le diagnostic.

Pour les catégories suivantes, en plus du recueil des événements constituant les sévices ou la négligence, confirmés ou suspectés, d'autres codes sont fournis pour être utilisés si la situation clinique en cours concerne la dispensation de soins mentaux soit à la victime, soit à l'auteur de sévices ou de négligence. Un code séparé est aussi fourni pour désigner des antécédents de sévices ou de négligence.

Note de codage pour la CIM-10-MC États de sévices ou de négligence

Pour les codes T seulement, le 7^e caractère doit être codé comme suit :

A (rencontre initiale) – À utiliser lorsque le patient reçoit un traitement actif pour cet état (p. ex. traitement chirurgical, examen dans un service d'urgence, évaluation et traitement par un nouveau clinicien) ; ou

D (rencontre ultérieure) – À utiliser pour les examens après traitement actif et quand le patient reçoit des soins de routine pour son état durant la phase de guérison ou de rétablissement (p. ex. changement ou enlèvement d'un plâtre, enlèvement d'un système de fixation interne ou externe, ajustement médicamenteux, autres visites après traitement et visites de suivi).

Problèmes de maltraitance et de négligence d'un enfant

Séances physiques sur un enfant

Un sévice physique sur un enfant est une blessure physique non accidentelle faite à un enfant – allant d'hématomes mineurs à des fractures graves ou à la mort — apparaissant comme le résultat de coups de poing, d'une volée de coups, de coups de pieds, de morsures, de secousses, de projections, de coups de couteau, d'étouffement, de coups avec la main, un bâton, une sangle ou d'autres objets, de brûlures ou de toutes autres méthodes infligées par un parent, par la personne qui prend soin de l'enfant ou par d'autres personnes ayant la responsabilité de l'enfant. Une telle blessure est considérée comme un sévice, que l'adulte ait eu l'intention ou non de blesser l'enfant. Une mesure disciplinaire d'ordre physique, comme la fessée, n'est pas considérée comme un sévice tant qu'elle reste raisonnable et ne cause pas de blessure corporelle à l'enfant.

Séances physiques sur un enfant, confirmés

995.54 (T74.12XA) Rencontre initiale

995.54 (T74.12XD) Rencontre ultérieure

Séances physiques sur un enfant, suspectés

995.54 (T76.12XA) Rencontre initiale

995.54 (T76.12XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées aux séances physiques sur un enfant

V61.21 (Z69.010) Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de séances par un parent

V61.21 (Z69.020) Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de séances par une personne autre qu'un parent

V15.41 (Z62.810) Antécédents personnels (histoire passée) de séances physiques dans l'enfance

V61.22 (Z69.011) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de séances sur un enfant

V62.83 (Z69.021) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de séances sur un enfant

Séances sexuelles sur un enfant

Les séances sexuelles sur un enfant incluent tout acte sexuel impliquant un enfant et censé procurer une gratification sexuelle à un parent, à la personne qui prend soin de lui ou à toute autre personne ayant la responsabilité de l'enfant. Les séances sexuelles incluent des activités telles que les caresses des organes génitaux de l'enfant,

la pénétration, l'inceste, le viol, la sodomie et les outrages à la pudeur. Les sévices sexuels incluent aussi l'exploitation sans contact corporel d'un enfant par un parent ou un adulte tenant lieu de parent – par exemple le fait de forcer, tromper, entraîner, menacer ou faire pression sur un enfant afin qu'il participe à des actes procurant une satisfaction sexuelle à d'autres personnes, sans qu'il y ait de contact sexuel direct entre l'enfant et l'abuseur.

Sévices sexuels sur un enfant, confirmés

995.53 (T74.22XA) Rencontre initiale

995.53 (T74.22XD) Rencontre ultérieure

Sévices sexuels sur un enfant, suspectés

995.53 (T76.22XA) Rencontre initiale

995.53 (T76.22XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées aux sévices sexuels sur un enfant

V61.21 (Z69.010) Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par un parent

V61.21 (Z69.020) Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par une personne autre qu'un parent

V15.41 (Z62.810) Antécédents personnels (histoire passée) de sévices sexuels dans l'enfance

V61.22 (Z69.011) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices sexuels sur un enfant

V62.83 (Z69.021) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices sexuels sur un enfant

Négligence envers un enfant

La négligence envers un enfant est définie comme tout acte ou omission flagrants, confirmés ou suspectés, de la part d'un parent ou de la personne qui prend soin de lui, le privant des besoins élémentaires appropriés à son âge et aboutissant ou comportant un risque élevé d'aboutir à une nuisance physique ou psychologique chez l'enfant. La négligence envers un enfant inclut l'abandon, le défaut de surveillance appropriée, le manque d'attention aux besoins nécessaires, émotionnels ou psychologiques, les carences éducatives et le manque de soins médicaux, d'alimentation, d'hébergement ou d'habillement.

Négligence envers un enfant, confirmée

995.52 (T74.02XA) Rencontre initiale

995.52 (T74.02XD) Rencontre ultérieure

Négligence envers un enfant, suspectée

995.52 (T76.02XA) Rencontre initiale

995.52 (T76.02XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées à la négligence envers un enfant

V61.21 (Z69.010) Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par un parent

V61.21 (Z69.020)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par une personne autre qu'un parent
V15.42 (Z62.812)	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence dans l'enfance
V61.22 (Z69.011)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de négligence sur un enfant
V62.83 (Z69.021)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non-parental de négligence sur un enfant

Sérvices psychologiques sur un enfant

Les sérvices psychologiques sur un enfant consistent en des actes verbaux ou symboliques non accidentels de la part d'un parent ou d'une personne qui prend soin de lui, qui aboutissent ou comportent un risque élevé d'aboutir à une nuisance psychologique significative chez l'enfant. (Les sérvices physiques et sexuels ne sont pas inclus dans cette catégorie.) Des exemples de sérvices psychologiques sur un enfant incluent le fait de le critiquer sévèrement, de le dénigrer ou de l'humilier, de le menacer, d'abîmer/d'abandonner – ou de menacer de faire mal à/d'abandonner – des personnes ou des choses auxquelles il tient, de le contraindre (p. ex. lui lier les bras ou les jambes ou l'attacher à un meuble ou à un autre objet, ou l'enfermer dans un endroit clos et restreint [p. ex. un placard]), de lui nuire de façon flagrante en faisant de lui un bouc émissaire, de l'obliger à se faire mal à lui-même et de le discipliner de façon excessive (c.-à-d. beaucoup trop longtemps ou souvent, même si ce n'est pas à un degré de sérvice physique), par des moyens physiques ou non.

Sérvices psychologiques sur un enfant, confirmés

995.51 (T74.32XA)	Rencontre initiale
995.51 (T74.32XD)	Rencontre ultérieure

Sérvices psychologiques sur un enfant, suspectés

995.51 (T76.32XA)	Rencontre initiale
995.51 (T76.32XD)	Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées aux sérvices psychologiques sur un enfant

V61.21 (Z69.010)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices psychologiques par un parent
V61.21 (Z69.020)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices psychologiques par une personne autre qu'un parent
V15.42 (Z62.811)	Antécédents personnels (histoire passée) de sérvices psychologiques dans l'enfance
V61.22 (Z69.011)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sérvices psychologiques sur un enfant
V62.83 (Z69.021)	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non-parental de sérvices psychologiques sur un enfant

Problèmes de mauvais traitements et de négligence envers un adulte

Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

Cette catégorie doit être utilisée quand des actes non accidentels utilisant la force physique sont survenus au cours de la dernière année, aboutissant, ou comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages physiques envers un(e) partenaire intime ou provoquant une peur significative chez le (la) partenaire. Les actes non accidentels utilisant la force physique incluent : pousser, gifler, tirer les cheveux, pincer, immobiliser, secouer, jeter, mordre, donner des coups de pied, frapper avec le poing ou un objet, brûler, empoisonner, étrangler, étouffer, maintenir la tête sous l'eau et utiliser une arme. Les actes effectués dans le but de se protéger physiquement ou de protéger son ou sa partenaire sont exclus.

Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée

995.81 (T74.11XA) Rencontre initiale

995.81 (T74.11XD) Rencontre ultérieure

Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée

995.81 (T76.11XA) Rencontre initiale

995.81 (T76.11XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées à la violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

V61.11 (Z69.11) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence physique

V15.41 (Z91.410) Antécédents personnels (histoire passée) de violence physique en tant qu'époux(se) ou partenaire

V61.12 (Z69.12) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

Cette catégorie doit être utilisée lorsque des actes sexuels forcés ou contraints avec un(e) partenaire intime ont eu lieu durant l'année écoulée. La violence sexuelle peut comprendre l'utilisation de la force physique ou la contrainte psychologique pour obliger le (la) partenaire à participer à un acte sexuel contre son gré, que l'acte ait lieu ou non. Sont aussi inclus dans cette catégorie les actes sexuels avec un(e) partenaire intime non capable de donner son consentement.

Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée

995.83 (T74.21XA) Rencontre initiale

995.83 (T74.21XD) Rencontre ultérieure

Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée

995.83 (T76.21XA) Rencontre initiale

995.83 (T76.21XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées à la violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

V61.11 (Z69.81) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence sexuelle

- V15.41 (Z91.410)** Antécédents personnels (histoire passée) de violence sexuelle en tant qu'époux(se) ou partenaire
- V61.12 (Z69.12)** Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

La négligence envers le (la) partenaire correspond à tout acte flagrant ou omission effectué par un(e) partenaire durant l'année écoulée et qui prive un(e) partenaire dépendant de ses besoins élémentaires, aboutissant par-là même ou comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages physiques ou psychologiques chez le (la) partenaire dépendant(e). Cette catégorie est utilisée dans le contexte relationnel dans lequel un(e) partenaire est extrêmement dépendant(e) de l'autre partenaire pour prendre soin de sa personne ou pour arriver à s'adapter aux activités quotidiennes ordinaires – p. ex. quand un(e) partenaire est incapable de prendre soin de lui (elle)-même en raison d'importantes limites physiques, psychologiques/intellectuelles ou culturelles (p. ex. incapacité de communiquer avec autrui et de s'occuper des activités quotidiennes du fait de vivre dans une culture étrangère).

Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée

- 995.85 (T74.01XA)** Rencontre initiale
- 995.85 (T74.01XD)** Rencontre ultérieure

Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée

- 995.85 (T76.01XA)** Rencontre initiale
- 995.85 (T76.01XD)** Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées à la négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

- V61.11 (Z69.11)** Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
- V15.42 (Z91.412)** Antécédents personnels (histoire passée) de négligence en tant qu'époux(se) ou partenaire
- V61.12 (Z69.12)** Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire

Sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire

Les sérvices psychologiques du partenaire incluent les actes non accidentels verbaux ou symboliques effectués par un(e) partenaire aboutissant ou comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages significatifs chez l'autre partenaire. Cette catégorie doit être utilisée lorsque de tels sérvices psychologiques se sont produits durant l'année écoulée. Les actes de sérvices psychologiques incluent le fait de critiquer sévèrement ou d'humilier la victime, de la soumettre à un interrogatoire, de restreindre sa capacité à aller et venir librement, de l'empêcher de chercher de l'assistance (p. ex. pour faire appliquer la loi, pour utiliser des ressources légales, de protection ou médicales), de la menacer d'agression physique ou sexuelle, de faire mal ou menacer de faire mal à des personnes ou abîmer ou menacer d'abîmer des choses auxquelles elle tient, de l'empêcher de façon injustifiée d'accéder à ou d'utiliser des ressources économiques, de l'isoler de sa famille, de ses amis ou des ressources de son support social, de la traquer et de tenter de lui faire croire qu'elle est folle.

Sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmés

995.82 (T74.31XA) Rencontre initiale

995.82 (T74.31XD) Rencontre ultérieure

Sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectés

995.82 (T76.31XA) Rencontre initiale

995.82 (T76.31XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées aux sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire

V61.11 (Z69.11) Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de sérvices psychologiques de la part de l'époux(se) ou du (de la) partenaire

V15.42 (Z91.411) Antécédents personnels (histoire passée) de sérvices psychologiques en tant qu'époux(se) ou partenaire

V61.12 (Z69.12) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire

Sérvices sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un adulte a été abusé par un autre adulte qui n'est pas un(e) partenaire intime. Une telle maltraitance peut inclure des actes de sérvices physiques, sexuels ou émotionnels. Des exemples de sérvices sur un adulte incluent des actes non accidentels utilisant la force physique (p. ex. pousser, griffer, gifler, jeter quelque chose qui pourrait blesser, donner des coups de poing, mordre) aboutissant ou comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages physiques ou provoquant une peur significative, des actes sexuels forcés et contraints et des actes verbaux ou symboliques pouvant causer une nuisance psychologique (p. ex. critiquer sévèrement ou humilier la personne, lui faire subir un interrogatoire, restreindre sa capacité à aller et venir librement, l'empêcher de chercher de l'assistance, la menacer, faire du mal ou menacer de faire du mal à des personnes ou abîmer ou menacer d'abîmer des choses auxquelles elle tient, l'empêcher d'utiliser ou d'accéder à des ressources économiques, l'isoler de sa famille, de ses amis ou des ressources de son support social, la traquer, essayer de lui faire croire qu'elle est folle). Les actes effectués dans le but de se protéger physiquement ou de protéger une autre personne sont exclus.

Sérvices physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés

995.81 (T74.11XA) Rencontre initiale

995.81 (T74.11XD) Rencontre ultérieure

Sérvices physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés

995.81 (T76.11XA) Rencontre initiale

995.81 (T76.11XD) Rencontre ultérieure

Sérvices sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés

995.83 (T74.21XA) Rencontre initiale

995.83 (T74.21XD) Rencontre ultérieure

Sérvices sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés

995.83 (T76.21XA) Rencontre initiale

995.83 (T76.21XD) Rencontre ultérieure

Sérvices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés

995.82 (T74.31XA) Rencontre initiale

995.82 (T74.31XD) Rencontre ultérieure

Sérvices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés

995.82 (T76.31XA) Rencontre initiale

995.82 (T76.31XD) Rencontre ultérieure

Autres circonstances liées aux sérvices sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire

V65.49 (Z69.81) Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime adulte de sérvices par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire

V62.83 (Z69.82) Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sérvices sur un adulte n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire

Problèmes éducatifs et professionnels

Problèmes éducatifs

V62.3 (Z55.9) Problème scolaire ou éducatif

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème scolaire ou éducatif constitue le motif d'examen clinique ou a un impact sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic de la personne. Les problèmes considérés incluent l'analphabétisme ou un faible niveau d'alphabétisation, le manque d'accès à la scolarisation en raison d'une indisponibilité ou d'une inaccessibilité, des problèmes de performance scolaire (p. ex. échouer aux examens scolaires, avoir de mauvaises notes ou appréciations de fin d'année) ou des résultats décevants (en dessous de ce qui peut être attendu compte tenu des capacités intellectuelles de la personne), des conflits avec les enseignants, le personnel administratif de l'école ou d'autres élèves, et tout autre problème lié à l'éducation ou l'alphabétisme.

Problèmes professionnels

V62.21 (Z56.82) Problème lié à un déploiement militaire

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème directement lié à l'affectation d'une personne sur un théâtre d'opérations militaires constitue le motif d'examen clinique ou a un impact sur son diagnostic, son traitement ou son pronostic. Les réactions psychologiques au déploiement militaire ne sont pas incluses dans cette catégorie ; de telles réactions doivent être enregistrées plutôt comme un trouble de l'adaptation ou un autre trouble mental.

V62.29 (Z56.9) Autre problème lié à la profession

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème professionnel constitue le motif d'examen clinique ou a un impact sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic de la personne. Les domaines à considérer incluent les problèmes liés à l'emploi ou à l'environnement de travail, y compris le chômage, le changement récent de travail, la menace de perte d'emploi, l'insatisfaction au travail, les horaires de travail stressants, l'incertitude au sujet des choix de carrière, le harcèlement sexuel au travail, les autres conflits avec le patron, le supérieur hiérarchique, les collègues ou d'autres personnes dans l'environnement professionnel, les environnements de travail non conviviaux ou hostiles, d'autres facteurs de stress psychologiques liés au travail et n'importe quel autre problème lié à l'emploi et/ou à la profession.

Problèmes de logement et problèmes économiques

Problèmes de logement

V60.0 (Z59.0) Sans-abri

Cette catégorie doit être utilisée lorsque l'absence d'un domicile régulier ou d'un logement a un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne. Un individu est considéré comme étant un sans-abri si son principal lieu de résidence nocturne est un logement pour les sans-abri, un foyer pour les sans-abri, un foyer d'accueil pour les victimes de violences familiales, un espace public (p. ex. tunnel, gare, centre commercial), un immeuble non prévu pour être habité (p. ex. structure abandonnée, usine désaffectée), une boîte de cartons ou une grotte, ou tout autre emplacement servant de logement.

V60.1 (Z59.1) Logement inadéquat

Cette catégorie doit être utilisée lorsque l'absence d'une bonne condition de logement a un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne. Des exemples de mauvaises conditions de logement incluent l'absence de chauffage (lors des périodes de basses températures) ou d'électricité, l'infestation par des insectes ou des rongeurs, la plomberie ou les toilettes en mauvais état, le surpeuplement, l'absence d'espace adéquat pour dormir et le bruit excessif. Il est important de considérer les normes culturelles avant d'assigner cette catégorie.

V60.89 (Z59.2) Conflits de voisinage (avec les voisins, les locataires ou le propriétaire)

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un conflit avec les voisins, les locataires ou le propriétaire est le motif d'examen clinique ou a un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne.

V60.6 (Z59.3) Problème lié à la vie en institution

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un ou des problème(s) lié(s) au fait de vivre dans une institution est (sont) le motif d'examen clinique ou a (ont) un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne. Les réactions psychologiques aux changements de situation de vie ne sont pas incluses dans cette catégorie ; ces réactions doivent être enregistrées plutôt comme un trouble de l'adaptation.

Problèmes économiques

V60.2 (Z59.4) Absence de nourriture adéquate ou d'eau potable**V60.2 (Z59.5) Pauvreté extrême****V60.2 (Z59.6) Bas revenus**

V60.2 (Z59.7) Insuffisance de couverture ou de protection sociale

Cette catégorie doit être utilisée pour des personnes qui remplissent les critères pour obtenir une assurance ou une aide sociale mais n'en bénéficient pas, qui reçoivent une aide insuffisante pour subvenir à leurs besoins, ou qui pour une autre raison n'ont pas accès à une assurance ou à un programme d'aide. Des exemples incluent l'incapacité à remplir les conditions nécessaires pour obtenir une protection sociale en raison d'un manque de documentation appropriée ou de justificatif de domicile, l'incapacité à obtenir l'assurance santé adéquate du fait de l'âge ou d'une affection préexistante, et le refus de protection sociale en raison de critères excessivement rigoureux concernant leurs revenus ou d'autres exigences.

V60.9 (Z59.9) Problème de logement ou économique non spécifié

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'il y a un problème lié à des circonstances de logement ou économiques autres que celles spécifiées précédemment.

Autres problèmes liés à l'environnement social

V62.89 (Z60.0) Problème en rapport avec une étape de la vie

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème d'adaptation à une transition du cycle de vie (à une phase développementale particulière) est le motif d'examen clinique ou a un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne. Il en est ainsi par exemple quand la personne commence ou finit sa scolarité, accède à l'indépendance vis-à-vis du milieu parental, se marie, débute une nouvelle carrière, devient parent, doit s'adapter au « nid vide » après que les enfants aient quitté le domicile familial ou prend sa retraite.

V60.3 (Z60.2) Problème lié au fait de vivre seul

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème associé au fait de vivre seul est le motif de l'examen clinique ou a un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne. Des exemples de tels problèmes incluent des sentiments chroniques de solitude, l'isolement et le manque de structuration des activités quotidiennes (p. ex. horaires irréguliers de repas et de sommeil, irrégularité dans l'accomplissement des tâches ménagères).

V62.4 (Z60.3) Difficultés d'acculturation

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'une difficulté d'adaptation à une nouvelle culture (p. ex. à la suite d'une migration) est le motif de l'examen clinique ou a un impact sur le traitement ou le pronostic de la personne.

V62.4 (Z60.4) Exclusion ou rejet social

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'il y a un déséquilibre de pouvoir social conduisant de façon récurrente à une exclusion sociale ou un rejet par les autres. Des exemples de rejet social incluent l'agression, les brimades et l'intimidation par les autres, le fait d'être la cible d'abus verbaux et d'humiliations par autrui et d'être délibérément exclu des activités des membres du groupe, des collègues de travail ou des autres dans son environnement social.

V62.4 (Z60.5) Cible d'une discrimination nuisible ou d'une persécution (perçues)

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'il y a discrimination ou persécution de la personne, perçue ou éprouvée, en raison de son appartenance (ou de son appartenance perçue) à une catégorie spécifique. Typiquement, de telles catégories incluent le sexe ou l'identité de genre, la race, l'ethnie, la religion, l'orientation sexuelle, le pays d'origine, les croyances politiques, le statut de handicapé, le statut social, le poids et l'apparence physique.

V62.9 (Z60.9)**Problème lié à l'environnement social non spécifié**

Cette catégorie doit être utilisée lorsqu'il y a un problème lié à l'environnement social autre que ceux spécifiés précédemment.

Problèmes liés à la criminalité ou aux interactions avec la justice

V62.89 (Z65.4)**Victime de crime****V62.5 (Z65.0)****Condamnation en procédure civile ou pénale sans emprisonnement****V62.5 (Z65.1)****Emprisonnement ou autre incarcération****V62.5 (Z65.2)****Problèmes liés à la libération de prison****V62.5 (Z65.3)****Problèmes liés à d'autres circonstances juridiques**

Autres contacts avec les services de santé pour des conseils et des avis médicaux

V65.49 (Z70.9)**Consultation relative à la sexualité**

Cette catégorie doit être utilisée lorsque la personne recherche des conseils concernant l'éducation sexuelle, le comportement sexuel, l'orientation sexuelle, les attitudes sexuelles (gêne, timidité), le comportement ou l'orientation sexuels d'autres personnes (p. ex. conjoint, partenaire, enfant), le plaisir sexuel ou tout autre problème lié à la sexualité.

V65.40 (Z71.9)**Autre demande de conseils ou de consultation**

Cette catégorie doit être utilisée lorsque des conseils sont donnés ou que des conseils/une consultation sont demandés pour un problème non spécifié précédemment ou ailleurs dans ce chapitre. Des exemples incluent des consultations pour des questions d'ordre spirituel ou religieux, des conseils diététiques et des conseils sur l'usage de la nicotine.

Problèmes liés à d'autres circonstances psychosociales, personnelles et environnementales

V62.89 (Z65.8)**Problème religieux ou spirituel**

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est un problème religieux ou spirituel. Il en est ainsi par exemple des expériences pénibles concernant la perte ou la remise en question de la foi, des problèmes associés à la conversion à une nouvelle foi, ou des questions d'ordre spirituel qui ne sont pas nécessairement liées à une église organisée ou à une institution religieuse.

V61.7 (Z64.0)**Problèmes liés à une grossesse non désirée****V61.5 (Z64.1)****Problèmes liés à la multiparité****V62.89 (Z64.4)****Désaccord avec un prestataire de services sociaux, y compris un officier de probation, un gestionnaire de cas (coordonnateur de soins) ou un travailleur social**

- V62.89 (Z65.4) **Victime de terrorisme ou de torture**
- V62.22 (Z65.5) **Exposition à une catastrophe, à la guerre ou à d'autres hostilités**
- V62.89 (Z65.8) **Autres problèmes liés à des circonstances psychosociales**
- V62.9 (Z65.9) **Problème non spécifié lié à des circonstances psychosociales non spécifiées**

Autres circonstances de l'histoire personnelle

- V15.49 (Z91.49) **Autres antécédents personnels de traumatisme psychologique**
- V15.59 (Z91.5) **Antécédents personnels d'automutilation**
- V62.22 (Z91.82) **Antécédents personnels de déploiement militaire**
- V15.89 (Z91.89) **Autres facteurs de risque personnels**
- V69.9 (Z72.9) **Problème lié au style de vie**

Cette catégorie peut être utilisée lorsqu'un problème de style de vie est le motif spécifique de traitement ou affecte directement l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale. Des exemples de problème de style de vie incluent l'absence d'exercice physique, un régime inapproprié, des comportements sexuels à haut risque et une mauvaise hygiène de sommeil. Quand un problème est imputable à un symptôme d'un trouble mental, il ne doit pas être codé ici à moins que ce problème ne soit le motif spécifique du traitement ou qu'il affecte directement l'évolution, le pronostic ou le traitement de la personne. Dans de tels cas, à la fois le trouble mental et le problème de style de vie doivent être codés.

V71.01 (Z72.811) Comportement antisocial de l'adulte

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est le comportement antisocial d'un adulte qui n'est pas dû à un trouble mental (p. ex. trouble des conduites, personnalité antisociale). C'est le cas par exemple du comportement de certains voleurs professionnels, racketteurs ou vendeurs de substances illégales.

V71.02 (Z72.810) Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est le comportement antisocial d'un enfant ou d'un adolescent qui n'est pas dû à un trouble mental (p. ex. trouble explosif intermittent, trouble des conduites). C'est le cas par exemple des actes antisociaux isolés d'enfants ou d'adolescents (ne représentant pas un mode habituel de comportement antisocial).

Problèmes liés à l'accès aux soins médicaux et aux autres types de soins

- V63.9 (Z75.3) **Indisponibilité ou inaccessibilité des services de santé**
- V63.8 (Z75.4) **Indisponibilité ou inaccessibilité des autres services d'aide**

Non-observance du traitement médical

V15.81 (Z91.19) Non-observance du traitement médical

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est la non-observance d'un aspect important du traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale. Les raisons de la non-observance du traitement peuvent inclure l'inconfort résultant

du traitement (p. ex. effets secondaires du médicament), les frais de traitement, des décisions fondées sur des jugements de valeur personnels ou des croyances religieuses ou culturelles concernant les avantages et inconvénients du traitement proposé, l'affaiblissement lié à l'âge et la présence d'un trouble mental (p. ex. schizophrénie, trouble de la personnalité). Cette catégorie doit être utilisée lorsque le problème est suffisamment grave pour justifier par lui-même une prise en charge clinique et ne remplit pas les critères diagnostiques pour des facteurs psychologiques affectant une autre affection médicale.

278.00 (E66.9) Surpoids ou obésité

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est le surpoids ou l'obésité.

V65.2 (Z76.5) Simulation

La caractéristique essentielle de la simulation est la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures telles qu'éviter les obligations militaires, éviter de travailler, obtenir des compensations financières, éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des drogues. Dans certaines circonstances, la simulation peut représenter un comportement adapté – p. ex. un prisonnier de guerre simulant une maladie. Une simulation doit être fortement suspectée en présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

1. Existence d'un contexte médico-légal (p. ex. la personne est adressée au clinicien par un procureur ou la personne se présente elle-même alors qu'un procès ou une inculpation est en cours).
2. Discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen.
3. Manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique et manque d'observance du traitement médical prescrit.
4. Existence d'une personnalité antisociale.

À la différence du trouble factice, la production des symptômes, dans la simulation, est motivée par des incitations extérieures que l'on ne retrouve pas dans le trouble factice. La production délibérée de symptômes en rapport avec d'évidents éléments incitatifs extérieurs permet de distinguer la simulation du trouble de conversion et des autres troubles à symptomatologie somatique. Une preuve manifeste de simulation (telle que la preuve évidente que la perte de fonction est présente lors de l'examen mais non au domicile) devrait suggérer un diagnostic de trouble factice si le but apparent de la personne est de prendre le rôle de malade, ou de simulation s'il est d'obtenir une perspective de gains, tel que de l'argent.

V40.31 (Z91.83) Déambulation associée à un trouble mental

Cette catégorie est utilisée pour des personnes présentant un trouble mental pour lesquelles l'envie de déambuler entraîne des difficultés pour la prise en charge clinique ou la sécurité. Par exemple, des individus présentant des troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux majeurs peuvent éprouver un besoin incessant de déambuler, induisant chez eux un risque de chutes et les amenant à quitter les endroits surveillés sans l'accompagnement nécessaire. Cette catégorie exclut les personnes dont l'intention est d'échapper à une situation résidentielle non désirée (p. ex. enfants fuguant de chez eux, patients ne souhaitant plus rester à l'hôpital) ou ceux dont la marche témoigne d'une akathisie iatrogène.

Note de codage : Coder d'abord le trouble mental associé (p. ex. trouble neurocognitif majeur, trouble du spectre de l'autisme), puis noter le code V40.31 (Z91.83) déambulation associée à [trouble mental spécifique].

V62.89 (R41.83) Fonctionnement intellectuel limite

Cette catégorie peut être utilisée lorsque le fonctionnement intellectuel limite de la personne est le motif de l'examen clinique ou a un impact sur le traitement ou le pronostic. Différencier le fonctionnement intellectuel limite et le handicap intellectuel léger (trouble du développement intellectuel) requiert une évaluation attentive des fonctions intellectuelles et adaptatives et de leurs divergences, en particulier en présence d'un trouble mental associé susceptible d'affecter la compliance de la personne aux procédures standardisées d'évaluation (p. ex. schizophrénie ou déficit de l'attention/hyperactivité avec impulsivité sévère).

SECTION III

Mesures et modèles émergents

Mesures d'évaluation	951
Évaluations symptomatiques transversales	952
Auto-évaluation symptomatique transversale niveau 1 – DSM-5 – Adulte	957
Évaluation symptomatique transversale parent/adulte responsable niveau 1 – DSM 5 – Enfant de 6-17 ans	959
Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien.	962
Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0 (WHODAS 2.0)	965
Formulation culturelle.	971
Entretien de formulation culturelle (EFC)	974
Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version de l'informant	978
Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 . . .	985
Affections proposées pour des études supplémentaires.	1011
Syndrome psychotique atténué	1011
Épisodes dépressifs avec hypomanie brève	1015
Deuil complexe persistant	1018
Trouble de l'usage de la caféine	1022
Usage pathologique des jeux sur internet	1025
Trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool	1028
Trouble conduite suicidaire	1032
Lésions auto-infligées non suicidaires	1034

Cette section rassemble des outils et des techniques destinés à faciliter le processus de prise de décision clinique, à comprendre le contexte culturel des troubles mentaux et à identifier des diagnostics nouveaux proposés pour des études supplémentaires. Elle fournit des stratégies pour améliorer la pratique clinique et des nouveaux critères afin de stimuler des recherches futures dans l'esprit d'un DSM-5 dynamique, capable d'évoluer au fur et à mesure que notre discipline avance.

Parmi les outils de la section III figure une évaluation symptomatique transversale de niveau 1, utilisable soit sous la forme d'une auto-évaluation soit avec une cotation par un tiers, qui permet de passer en revue les différentes fonctions mentales partagées par de multiples diagnostics. Une échelle de sévérité de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques, remplie par le clinicien, est également fournie, de même que l'Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0 (WHODAS 2.0). Des mesures de sévérité de niveau 2 sont disponibles sur internet (www.psychiatry.org/dsm5) et peuvent être employées pour explorer des réponses significatives repérées lors du dépistage de niveau 1. Une analyse exhaustive du contexte culturel des troubles mentaux et un Entretien de formulation culturelle (EFC) pour la pratique clinique sont également présentés.

Des troubles proposés pour des études supplémentaires sont aussi présentés. Cela inclut un nouveau modèle pour le diagnostic des troubles de la personnalité qui est une alternative aux critères diagnostiques actuels. Ce nouveau modèle incorpore des altérations du fonctionnement de la personnalité, aussi bien que des traits de personnalité pathologiques. De nouvelles affections faisant l'objet de recherches actives sont aussi incluses, comme le syndrome psychotique atténué et les lésions auto-infligées non suicidaires.

Mesures d'évaluation

Un nombre croissant de données scientifiques est en faveur des concepts dimensionnels dans le diagnostic des troubles mentaux. Les limites de l'approche diagnostique catégorielle comprennent sa défaillance à identifier des zones de non-recouvrement entre les diagnostics (c.-à-d. une séparation des troubles mentaux les uns des autres par des frontières naturelles), la nécessité de catégories intermédiaires telles que le trouble schizoaffectif, les taux élevés de comorbidité, les diagnostics non spécifiés (NS) fréquents, l'absence relative d'utilité d'approfondir l'identification d'un antécédent unique validant pour la plupart des troubles mentaux et l'absence de thérapie spécifique pour de nombreuses catégories diagnostiques.

Pour des raisons à la fois cliniques et de recherche, une approche plus dimensionnelle qui pourrait être combinée avec les groupes catégoriels du DSM est nécessaire. Ce genre d'approche intégrerait des variations de caractéristiques chez un individu (p. ex. sévérité variable des symptômes individuels – appartenant ou non aux critères diagnostiques d'un trouble – mesurée par l'intensité, la durée ou le nombre de symptômes, ainsi que d'autres caractéristiques telles que le type et la sévérité des incapacités) plutôt que de se fier à une simple réponse oui/non. Pour les diagnostics pour lesquels tous les symptômes sont nécessaires (un groupe de critères monothétiques), des niveaux de sévérité différents des symptômes constitutifs peuvent être notés. Si un nombre seuil de plusieurs symptômes est nécessaire, tel que cinq symptômes sur neuf pour le trouble dépressif caractérisé (un groupe de critères diagnostiques polythétiques), à la fois le niveau de sévérité et les différentes combinaisons des critères permettraient d'identifier des groupes diagnostiques plus homogènes.

Une approche dimensionnelle s'appuyant principalement sur les déclarations individuelles subjectives du vécu des symptômes accompagnée des interprétations d'un clinicien est conforme aux pratiques diagnostiques actuelles. Au fur et à mesure que progresse notre compréhension des mécanismes fondamentaux des maladies, fondée sur la physiopathologie, la neuro-circuiterie, les interactions entre gènes et environnement et les examens de laboratoire, il devrait se développer des approches intégrant les données à la fois objectives et subjectives des patients de manière à augmenter et améliorer la précision du processus diagnostique.

Les évaluations symptomatiques transversales, modélisées à partir du passage en revue des différents systèmes en médecine générale, peuvent servir d'approche afin d'examiner les domaines psychopathologiques importants. En médecine, la revue méthodique des systèmes est d'une importance majeure dans la détection de changements subtils dans différents systèmes d'organes pouvant faciliter le diagnostic et le traitement. Une revue similaire des différentes fonctions mentales pourrait aider à une évaluation plus complète de l'état mental en attirant l'attention sur les symptômes qui ne s'intègrent pas précisément dans les critères diagnostiques suggérés par la présentation symptomatique du patient mais qui peuvent néanmoins être importants dans la prise en charge du sujet. Les évaluations symptomatiques transversales ont deux niveaux : les questions du niveau 1 sont un bref aperçu de 13 domaines de symptômes pour les patients adultes et de 12 domaines pour les enfants et les adolescents. Les questions du niveau 2 permettent une évaluation plus profonde de certains domaines. Ces mesures ont été développées de manière à être administrées aussi bien dans un entretien initial que durant la prise en charge de manière à suivre l'état symptomatique du patient et sa réponse au traitement.

Les évaluations de sévérité sont spécifiques des troubles, correspondant étroitement aux critères qui constituent la définition du trouble. Elles peuvent être utilisées chez les individus ayant reçu un diagnostic ou qui ont un syndrome cliniquement significatif sans répondre à tous les critères diagnostiques. Certaines des évaluations sont des auto-évaluations alors que d'autres sont effectuées par les cliniciens. Comme pour les évaluations symptomatiques transversales, ces évaluations ont été développées de manière à être administrées tant dans un entretien initial que durant la prise en charge de manière à suivre l'état symptomatique du patient et sa réponse au traitement.

L'*Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé*, version 2.0 (WHODAS 2.0)¹ a été développé afin d'évaluer la capacité d'un patient à effectuer des activités dans six domaines : compréhension et communication, se déplacer, s'occuper de soi, s'entendre avec autrui, les activités de la vie (p. ex. travaux ménagers, travail/école) et la participation à la vie sociale. L'échelle est une auto-évaluation et a été développée pour être utilisée par des patients ayant n'importe quel trouble médical. Elle correspond aux concepts contenus dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS. Cette évaluation peut également être utilisée de manière longitudinale de manière à suivre les changements dans le handicap du patient.

Ce chapitre est centré sur l'évaluation symptomatique transversale de niveau 1 du DSM-5 (versions auto-évaluation de l'adulte et parent/adulte responsable), l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien, et le WHODAS 2.0. Des instructions à l'attention du clinicien, des informations concernant les cotations et des recommandations pour l'interprétation sont comprises dans chacune des sections. Ces mesures et des évaluations dimensionnelles supplémentaires, y compris des évaluations de la gravité des troubles, peuvent être retrouvées en ligne sur www.psychiatry.org/dsm5.

Évaluations symptomatiques transversales

Évaluation symptomatique transversale de niveau 1

Le niveau 1 de l'évaluation symptomatique transversale du DSM-5 est une évaluation par le patient ou un proche passant en revue des domaines de la santé mentale qui sont importants pour différents diagnostics psychiatriques. Il est destiné à aider les cliniciens à identifier des domaines supplémentaires d'informations qui pourraient avoir un impact significatif sur le traitement et le pronostic d'un sujet. De plus, cette évaluation peut être utilisée pour suivre les changements dans le temps de la présentation symptomatique.

La version adulte de l'évaluation consiste en 23 questions évaluant 13 domaines psychiatriques dont la dépression, la colère, la manie, l'anxiété, les symptômes somatiques, les idéations suicidaires, la psychose, les problèmes de sommeil, la mémoire, les pensées et les comportements répétitifs, la dissociation, le fonctionnement de la personnalité et l'usage de substances ([tableau 1](#)). Chaque domaine est composé d'une à trois questions. Chaque item renseigne sur l'intensité (ou la fréquence) selon laquelle le sujet a été préoccupé par un symptôme spécifique durant les 2 dernières semaines. Si le sujet a des capacités altérées et est incapable de compléter le questionnaire (p. ex. un sujet dément), un adulte habilité peut remplir cette évaluation. L'évaluation s'est avérée cliniquement utile et fidèle dans les enquêtes sur le terrain du DSM-5 qui ont été effectuées dans des échantillons cliniques adultes à travers les États-Unis et le Canada ([Clarke et al. 2013](#) ; [Narrow et al. 2013](#)).

1. NDT. *World Health Organization Disability Assessment Schedule, Version 2.0*.

Tableau 1. Auto-évaluation symptomatique transversale de niveau 1 du DSM 5 – patient adulte : 13 domaines, seuils pour investigations supplémentaires et évaluations de niveau 2 associées du DSM-5¹

Domaine	Nom du domaine	Valeur seuil d'orientation pour des investigations supplémentaires	Évaluation symptomatique transversale de niveau 2 du DSM-5 ^a
I.	Dépression	Léger ou plus	Niveau 2 – Dépression – Adulte (PROMIS détresse émotionnelle – version courte)
II.	Colère	Léger ou plus	Niveau 2 – Colère – Adulte (PROMIS détresse émotionnelle – colère – version courte)
III.	Manie	Léger ou plus	Niveau 2 – Manie – Adulte (auto-questionnaire de manie d'Altman [ASRM])
IV.	Anxiété	Léger ou plus	Niveau 2 – Anxiété – Adulte (PROMIS détresse émotionnelle – anxiété – version courte)
V.	Symptômes somatiques	Léger ou plus	Niveau 2 – symptômes somatiques – Adulte (questionnaire de santé du patient-15 [PHQ-15] Échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes somatiques)
VI.	Idéation suicidaire	Minime ou plus	Aucune
VII.	Psychose	Minime ou plus	Aucune
VIII.	Problèmes de sommeil	Léger ou plus	Niveau 2 – Perturbations du sommeil – Adulte (PROMIS perturbations du sommeil – version courte)
IX.	Mémoire	Léger ou plus	Aucune
X.	Pensées et comportements répétitifs	Léger ou plus	Niveau 2 – pensées et comportements répétitifs – Adulte (Inventaire des obsessions et des compulsions de Floride [FOCI] Échelle de sévérité)
XI.	Dissociation	Léger ou plus	Aucune
XII.	Fonctionnement de la personnalité	Léger ou plus	Aucune
XIII.	Usage de substances	Minime ou plus	Niveau 2 – Abus de substances – Adulte (adapté à partir du questionnaire ASSIST, modifié par le NIDA)

N.B. NIDA = *National Institute on Drug Abuse* (Institut national d'abus de substances)

^a Disponible sur www.psychiatry.org/dsm5.

¹ NDT. ASRM = *Altman Self-Rating Mania Scale* ; PHQ = *Patient Health Questionnaire* ; FOCI = *Florida Obsessive-Compulsive Inventory*. PROMIS = *Patient Reported Outcomes Measurement Information System*. Cet instrument peut être consulté sur <http://www.nihpromis.org/measures/instrumentoverview>. Les outils d'évaluation préconisés dans cette section, notamment dans les tableaux 1 et 2, sont destinés à améliorer la qualité des décisions thérapeutiques. Les cliniciens qui souhaitent les utiliser pour leurs propres patients peuvent le faire sans autorisation. Toute autre utilisation nécessite une autorisation écrite (s'adresser à <http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.aspx>). Ces consignes figurent avec les outils d'évaluation en ligne à l'adresse suivante : www.psychiatry.org/dsm5.

La version cotée par les parents/adultes responsables de l'évaluation pour les enfants (âgés de 6 à 17 ans) est composée de 25 questions qui évaluent 12 domaines psychiatriques, comprenant la dépression, la colère, l'irritabilité, la manie, l'anxiété, les symptômes somatiques, l'inattention, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, la psychose, la perturbation du sommeil, les comportements et les pensées répétitifs et l'usage de substances ([tableau 2](#)). Pour chaque item, il est demandé au parent ou à l'adulte responsable de coter l'intensité (ou la fréquence) selon laquelle l'enfant a été préoccupé par les symptômes psychiatriques spécifiques durant les 2 dernières semaines. Cette évaluation s'est également avérée cliniquement utile et fidèle dans les enquêtes sur le terrain du DSM-5 qui ont été effectuées dans des échantillons cliniques pédiatriques aux États-Unis ([Narrow et al. 2013](#)). Pour les enfants âgés de 11 à 17 ans, en même temps que l'évaluation symptomatique cotée par les parents/adultes responsables, le clinicien peut envisager que l'enfant remplisse lui-même la version enfant de l'évaluation. Celle-ci peut être retrouvée en ligne à l'adresse www.psychiatry.org/dsm5.

Cotation et interprétation. Dans la version auto-évaluation de l'adulte, chaque item est coté sur une échelle à 5 points (0 = aucun ou pas du tout ; 1 = minime ou rare, moins d'un jour ou deux ; 2 = léger ou plusieurs jours ; 3 = moyen ou plus de la moitié des jours ; 4 = grave ou pratiquement tous les jours). La note à chaque item au sein d'un domaine doit être examinée. Toutefois, une cotation de « léger » (c.-à-d. 2) ou plus dans n'importe quel item au sein d'un domaine, excepté pour l'usage de substances, les idées suicidaires et la psychose, peut servir d'orientation pour des investigations supplémentaires et un suivi afin de déterminer si une évaluation plus détaillée est nécessaire, ce qui peut comprendre le niveau 2 de l'évaluation symptomatique transversale pour le domaine en question (*cf.* [tableau 1](#)). Pour l'usage de substances, les idées suicidaires et la psychose, une cotation de « minime » (c.-à-d. 1) ou plus dans n'importe quel item au sein d'un domaine peut servir d'orientation pour des investigations supplémentaires et un suivi afin de déterminer si une évaluation plus détaillée est nécessaire. Il convient d'indiquer la note la plus élevée dans un domaine dans la colonne « Note la plus élevée dans le domaine ». Le [tableau 1](#) résume les notes seuils qui pourraient orienter les investigations supplémentaires pour les domaines restants.

Dans la version parent/adulte responsable de l'évaluation pour les enfants (âgés de 6 à 17 ans), 19 des 25 items sont chacun cotés sur une échelle à 5 points (0 = aucun ou pas du tout ; 1 = minime ou rare, moins d'un jour ou deux ; 2 = léger ou plusieurs jours ; 3 = moyen ou plus de la moitié des jours ; 4 = grave ou pratiquement tous les jours). Les items concernant les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et l'abus de substances sont chacun cotés sur une échelle « Oui, Non ou Ne sait pas ». Les notes de chacun des items constituant un domaine doivent être examinées. Toutefois, à l'exception de l'inattention et de la psychose, une cotation de « léger » (c.-à-d. 2) ou plus pour n'importe quel item appartenant à un domaine qui est coté sur une échelle à 5 points peut servir d'orientation pour des investigations supplémentaires et un suivi afin de déterminer si une évaluation plus détaillée est nécessaire, ce qui peut comprendre une évaluation transversale de niveau 2 pour le domaine en question (*cf.* [tableau 2](#)). Pour l'inattention et la psychose, une note de « minime » ou plus (c.-à-d. 1 ou plus) peut être utilisée comme une orientation pour des investigations supplémentaires. Une cotation « Ne sait pas » par le parent/adulte responsable pour les idées suicidaires, les tentatives de suicide ou n'importe quel item évaluant l'usage de substances, spécialement pour les enfants âgés de 11 à 17 ans, peut aboutir à une investigation supplémentaire de ces problèmes avec

Tableau 2. Évaluation symptomatique transversale par le parent/adulte responsable, au niveau 1 du DSM 5, pour les enfants âgés de 6 à 17 ans : 12 domaines, seuils pour investigations supplémentaires et évaluations associées de niveau 2

Domaine	Nom du domaine	Valeur seuil d'orientation pour des investigations supplémentaires	Évaluation symptomatique transversale de niveau 2 du DSM -5 ^a
I.	Symptômes somatiques	Léger ou plus	Niveau 2 – symptômes somatiques – parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6-17 ans, (questionnaire de santé du patient-15 [PHQ-15] Échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes somatiques)
II.	Problèmes de sommeil	Léger ou plus	Niveau 2 – perturbations du sommeil – parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6-17 ans (PROMIS perturbations du sommeil – version courte)
III.	Inattention	Minime ou plus	Niveau 2 – Inattention – Parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6-17 ans (Swanson, Nolan et Pelham, version IV [SNAP-IV])
IV.	Dépression	Léger ou plus	Niveau 2 – Dépression – Parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6-17 ans (PROMIS détresse émotionnelle – dépression – banque d'items des parents)
V.	Colère	Léger ou plus	Niveau 2 – Colère – parent/adulte responsable d'enfant (Évaluation calibrée de la colère PROMIS – Parent)
VI.	Irritabilité	Léger ou plus	Niveau 2 – Irritabilité-parent/adulte responsable d'enfant (Index de réactivité émotionnelle [ARI])
VII.	Manie	Léger ou plus	Niveau 2 – Manie – Parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6-17 ans (Auto-questionnaire de manie d'Altman [ASRM])
VIII.	Anxiété	Léger ou plus	Niveau 2 – Anxiété – Parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6-17 ans (PROMIS détresse émotionnelle – anxiété – banque d'items des parents)
IX.	Psychose	Minime ou plus	Aucune
X.	Pensées et comportements répétitifs	Léger ou plus	Aucune
XI.	Usage de substances	Oui	Niveau 2 – Usage de substance – Parent/adulte responsable d'enfant âgé de 6 à 17 ans (adapté à partir du questionnaire ASSIST, modifié par le NIDA)
		Ne sait pas	Questionnaire ASSIST, modifié par le NIDA (adapté) – auto-évaluation par l'enfant (âgé de 11 à 17 ans)
XII.	Idéation suicidaire/tentatives de suicide	Oui	Aucune
		Ne sait pas	Aucune

N.B. NIDA = National Institute on Drug Abuse (Institut national d'abus de substances).

^a Disponible sur www.psychiatry.org/dsm5.

l'enfant, notamment en ayant recours à une évaluation symptomatique transversale de niveau 2 cotée par l'enfant pour le domaine pertinent. Dans la mesure où des investigations supplémentaires sont effectuées à partir de la note la plus élevée obtenue à n'importe quel item au sein d'un domaine, les cliniciens doivent indiquer cette note dans la colonne « Note la plus élevée du domaine ». Le [tableau 2](#) résume les notes seuils qui peuvent orienter vers des investigations supplémentaires pour les domaines restants.

Évaluations symptomatiques transversales de niveau 2

Toute note seuil aux évaluations symptomatiques transversales de niveau 1 (comme cela est noté dans les [tableaux 1 et 2](#) et décrit dans « Cotation et interprétation ») indique la nécessité éventuelle d'investigations cliniques plus détaillées. Les évaluations symptomatiques transversales de niveau 2 fournissent un moyen d'obtenir des informations plus approfondies sur des symptômes potentiellement significatifs afin de préciser un diagnostic, une planification thérapeutique et un suivi. Ils sont disponibles en ligne sur www.psychiatry.org/dsm5. Les [tableaux 1 et 2](#) résument chaque domaine du niveau 1 et identifient les domaines pour lesquels des évaluations symptomatiques transversales de niveau 2 du DSM-5 sont disponibles pour des évaluations plus détaillées. Des versions adulte et pédiatrique (parent et enfant) sont disponibles en ligne pour la plupart des symptômes des domaines de niveau 1 sur www.psychiatry.org/dsm5.

Fréquence d'utilisation des évaluations symptomatiques transversales

Afin de pouvoir suivre les modifications du tableau clinique dans le temps, les évaluations symptomatiques transversales de niveau 1 et de niveau 2 (si elles sont pertinentes) peuvent être complétées à intervalles réguliers, selon l'indication clinique, en fonction de la stabilité symptomatique et de l'état de la thérapie. Pour les patients ayant des capacités altérées ou pour les enfants âgés de 6-17 ans, il est préférable que les évaluations soient complétées au moment des consultations de suivi par la même personne source identifiée ou par le même parent ou adulte responsable. Des notes régulièrement élevées dans un domaine particulier peuvent indiquer des symptômes significatifs et problématiques pour la personne, et susceptibles de nécessiter une évaluation, un traitement et un suivi supplémentaires. Le jugement clinique devra guider la prise de décision.

Auto-évaluation symptomatique transversale niveau 1 – DSM-5 – Adulte

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date : _____

Si l'évaluation est faite avec l'aide d'une personne source, quel est votre lien avec le sujet ? _____

Durant une semaine type, combien de temps passez-vous approximativement avec le sujet ? _____ heures/semaine

Instructions : Les questions ci-dessous concernent les choses qui pourraient vous avoir dérangé. Pour chaque question, entourez le chiffre qui décrit le mieux à quel point (ou à quelle fréquence) vous avez été dérangé par chacun de ces problèmes durant les **DEUX (2) dernières SEMAINES**.

		Durant les DEUX (2) dernières SEMAINES , à quel point (ou quelle fréquence) avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?	Aucun Pas du tout	Minime Rare, moins d'un jour ou deux	Léger Plusieurs jours	Moyen Plus de la moitié des jours	Grave Pratiquement tous les jours	Note la plus élevée dans le domaine (clinicien)
I.	1.	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	0	1	2	3	4	
	2.	Se sentir triste, déprimé(e), sans espoir ?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Se sentir plus irritable, grognon, en colère que d'habitude ?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormir moins que d'habitude, mais avoir quand même beaucoup d'énergie ?	0	1	2	3	4	
	5.	Entreprendre beaucoup plus de projets que d'habitude ou faire des choses plus risquées qu'à l'accoutumée ?	0	1	2	3	4	
IV	6.	Se sentir nerveux(se), anxieux(se), effrayé(e), préoccupé(e) ou sur les nerfs ?	0	1	2	3	4	
	7.	Se sentir paniqué(e) ou être effrayé(e) ?	0	1	2	3	4	
	8.	Éviter les situations qui vous rendent anxieux(e) ?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Souffrances et douleurs inexplicables (p. ex. tête, dos, articulations, abdomen, jambes) ?	0	1	2	3	4	
	10.	Avoir le sentiment que vos maladies ne sont pas suffisamment prises au sérieux ?	0	1	2	3	4	
VI	11.	Penser à réellement vous faire du mal ?	0	1	2	3	4	
VII.	12.	Entendre des choses que les autres ne peuvent pas entendre, comme des voix, même s'il n'y a personne autour de vous ?	0	1	2	3	4	
	13.	Avoir le sentiment que quelqu'un peut entendre vos pensées, ou que vous pouvez entendre ce qu'une autre personne pense ?	0	1	2	3	4	

(suite)

		Durant les DEUX (2) dernières SEMAINES, à quel point (ou quelle fréquence) avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?	Aucun Pas du tout	Minime Rare, moins d'un jour ou deux	Léger Plusieurs jours	Moyen Plus de la moitié des jours	Grave Pratiquement tous les jours	Note la plus élevée dans le domaine (clinicien)
VIII.	14.	Problèmes de sommeil qui affectent la qualité globale de votre sommeil ?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problèmes de mémoire (p. ex. apprendre une nouvelle information) ou d'orientation (p. ex. trouver le chemin de votre domicile) ?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensées désagréables, pulsions ou images qui entrent de manière répétitive dans votre esprit ?	0	1	2	3	4	
	17.	Se sentir poussé(e) à accomplir certains comportements ou des actes mentaux à maintes reprises ?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Se sentir détaché(e) ou distant(e) par rapport à vous-même, votre corps, votre environnement physique et vos souvenirs ?	0	1	2	3	4	
XII.	19.	Ne pas savoir qui vous êtes réellement et ce que vous voulez de la vie ?	0	1	2	3	4	
	20.	Ne pas se sentir proche des autres personnes ou ne pas apprécier votre relation avec elles ?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	Boire au moins 4 verres d'une boisson alcoolisée par jour ?	0	1	2	3	4	
	22.	Fumer des cigarettes, le cigare ou la pipe ou utiliser du tabac à priser ou à mâcher ?	0	1	2	3	4	
	23.	Utiliser n'importe lequel de ces médicaments DE VOTRE PROPRE CHEF, c'est-à-dire sans prescription médicale, à des doses plus importantes ou des durées plus longues que prescrites (p. ex. des antalgiques [comme du paracétamol/hydrocodone]), des stimulants (comme du méthylphénidate ou des sels d'amphétamine), des sédatifs ou tranquillisants (comme des hypnotiques ou du diazépam) ou des drogues comme de la marijuana, de la cocaïne ou du crack, des drogues festives (comme l'ecstasy), des hallucinogènes (comme du LSD), de l'héroïne, des produits inhalés ou des solvants (comme la colle) ou des amphétamines (comme du speed) ?	0	1	2	3	4	

Évaluation symptomatique transversale parent/adulte responsable niveau 1 – DSM 5 – Enfant de 6-17 ans

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

Instructions (au parent ou à l'adulte responsable de l'enfant) : Les questions ci-dessous évaluent les choses qui peuvent avoir ennuyé votre enfant. Pour chacune des questions, entourez le chiffre qui décrit le mieux à quel point (à quelle fréquence) votre enfant a été ennuyé par chaque problème durant les **DEUX (2) dernières SEMAINES**.

		Durant les DEUX (2) dernières SEMAINES, à quel point (ou à quelle fréquence) votre enfant...	Aucun Pas du tout	Minime Rare, moins d'un jour ou deux	Léger Plusieurs jours	Moyen Plus de la moitié des jours	Grave Pratiquement tous les jours	Note la plus élevée dans le domaine (clinicien)
I.	1.	S'est-il plaint de douleurs à l'estomac, à la tête, ou d'autres douleurs ou souffrances ?	0	1	2	3	4	
	2.	Vous a-t-il dit qu'il s'inquiétait pour sa santé ou craignait de tomber malade ?	0	1	2	3	4	
II.	3.	A-t-il eu des problèmes de sommeil – comme des difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou bien se réveiller trop tôt ?	0	1	2	3	4	
III.	4.	A-t-il eu des problèmes pour fixer son attention en classe ou en faisant ses devoirs ou en lisant un livre ou en jouant à un jeu ?	0	1	2	3	4	
IV.	5.	Avait-il moins de plaisir que d'habitude à faire les choses ?	0	1	2	3	4	
	6.	Semblait-il triste ou déprimé durant plusieurs heures ?	0	1	2	3	4	
V. et	7.	Semblait-il plus irritable ou facilement agacé qu'habituellement ?	0	1	2	3	4	
VI.	8.	Semblait-il en colère ou perdait-il son calme ?	0	1	2	3	4	

(suite)

		Durant les DEUX (2) dernières SEMAINES, à quel point (ou à quelle fréquence) votre enfant...	Aucun Pas du tout	Minime Rare, moins d'un jour ou deux	Léger Plusieurs jours	Moyen Plus de la moitié des jours	Grave Pratiquement tous les jours	Note la plus élevée dans le domaine (clinicien)
VII.	9.	Commence-t-il beaucoup plus de projets ou fait-il plus de choses risquées qu'habituellement ?	0	1	2	3	4	
	10.	Dort-il moins que d'habitude tout en ayant beaucoup d'énergie ?	0	1	2	3	4	
VIII.	11.	A-t-il dit qu'il se sentait nerveux, anxieux ou effrayé ?	0	1	2	3	4	
	12.	N'a-t-il pas été capable d'arrêter de se faire des soucis ?	0	1	2	3	4	
	13.	Vous a-t-il dit qu'il ne pouvait pas faire les choses qu'il voulait faire ou qu'il aurait dû faire parce que cela le rendait nerveux ?	0	1	2	3	4	
IX.	14.	Vous a-t-il dit qu'il entendait des voix – alors qu'il n'y avait personne à proximité – parlant de lui ou lui disant quoi faire ou lui disant de mauvaises choses ?	0	1	2	3	4	
	15.	Vous a-t-il dit qu'il avait des visions alors qu'il était complètement éveillé, c'est-à-dire qu'il voyait quelque chose ou quelqu'un que personne d'autre ne pouvait voir ?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Vous a-t-il dit qu'il avait des pensées qui venaient sans arrêt à son esprit selon lesquelles il ferait quelque chose de mal ou que quelque chose de mal allait lui arriver ou arriver à quelqu'un d'autre ?	0	1	2	3	4	
	17.	Vous a-t-il dit qu'il ressentait le besoin de vérifier certaines choses à maintes reprises, comme la fermeture d'une porte ou l'extinction du four ?	0	1	2	3	4	
	18.	Sembler-t-il s'inquiéter beaucoup du fait que les choses qu'il a touchées sont sales ou contiennent des microbes ou bien sont empoisonnées ?	0	1	2	3	4	
	19.	Vous a-t-il dit qu'il devait faire les choses d'une certaine manière, comme compter ou dire certaines choses à voix haute de manière à empêcher qu'une mauvaise chose n'arrive ?	0	1	2	3	4	

(suite)

		Durant les DEUX (2) dernières SEMAINES, à quel point (ou à quelle fréquence) votre enfant...	Aucun Pas du tout	Minime Rare, moins d'un jour ou deux	Léger Plusieurs jours	Moyen Plus de la moitié des jours	Grave Pratiquement tous les jours	Note la plus élevée dans le domaine (clinicien)
Durant les DEUX (2) SEMAINES précédentes, votre enfant...								
XI.	20.	A-t-il bu une boisson alcoolisée (bière, vin, liqueur, etc.) ?	☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas	
	21.	A-t-il fumé une cigarette, un cigare, la pipe ou a-t-il utilisé du tabac à priser ou à mâcher ?	☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas	
	22.	A-t-il utilisé des drogues comme de la marijuana, de la cocaïne ou du crack, des drogues festives (comme l'ecstasy), des hallucinogènes (comme du LSD), de l'héroïne, des produits inhalés ou des solvants (comme la colle) ou des amphétamines (comme du speed) ?	☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas	
	23.	A-t-il utilisé des médicaments sans la prescription d'un médecin (p. ex. des antalgiques [comme du paracétamol/hydrocodone]), des stimulants (comme du méthylphénidate ou des sels d'amphétamine), des sédatifs ou tranquillisants (comme des hypnotiques ou du diazépam), ou des stéroïdes ?	☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas	
XII.	24.	Durant les DEUX (2) SEMAINES précédentes, vous a-t-il parlé d'avoir envie de se tuer ou de faire une tentative de suicide ?	☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas	
	25.	A-t-il jamais essayé de se tuer ?	☐ Oui		☐ Non		☐ Ne sait pas	

Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien

Comme cela a été décrit dans le chapitre « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques », les troubles psychotiques sont hétérogènes et la sévérité des symptômes peut prédire d'importants aspects de la maladie, tels que le degré des déficits cognitifs et/ou neurobiologiques (Barch et al. 2003). Les évaluations dimensionnelles détectent des variations significatives dans la sévérité des symptômes, ce qui peut aider dans la planification du traitement, la prévision du pronostic et la recherche sur les mécanismes physiopathologiques. L'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien fournit des échelles pour des évaluations dimensionnelles des symptômes primaires de la psychose, comprenant les hallucinations, les idées délirantes, la désorganisation du discours, le comportement psychomoteur anormal et les symptômes négatifs. Une échelle pour l'évaluation dimensionnelle du handicap cognitif est également incluse. De nombreuses personnes ayant des troubles psychotiques ont un handicap dans divers domaines cognitifs (Reichenberg et al. 2009), ce qui peut prédire les capacités fonctionnelles (Green et al. 2004). De plus, des échelles pour des évaluations dimensionnelles de la dépression et de la manie sont fournies, ce qui peut rendre le clinicien vigilant à l'égard des pathologies de l'humeur. La sévérité des symptômes thymiques dans la psychose a une valeur pronostique (Bowie et al. 2006) et guide le traitement (Peralta et Cuesta 2009).

L'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien est une mesure comprenant 8 items qui peut être remplie par le praticien durant l'évaluation clinique. Chaque item interroge le clinicien sur la sévérité de chaque symptôme ressenti par le patient durant les 7 derniers jours.

Cotation et interprétation

Chaque item de l'évaluation est coté sur une échelle de 5 points (0 = aucun ; 1 = doux ; 2 = présent mais léger ; 3 = présent et moyen ; et 4 = présent et grave) avec une définition spécifique du symptôme pour chaque niveau de cotation. Le clinicien peut passer en revue toutes les informations disponibles au sujet du patient et, en fonction du jugement clinique, cocher le niveau qui décrit de la manière la plus pertinente la sévérité de l'affection de l'individu. Le clinicien peut alors indiquer la note de la personne pour chaque item dans la colonne « Note ».

Fréquence d'utilisation

Afin de suivre dans le temps les changements de la sévérité des symptômes d'un sujet, l'évaluation peut être effectuée à des intervalles réguliers comme cela est indiqué sur le plan clinique, en fonction de la stabilité du tableau clinique et du projet thérapeutique. Des notes constamment élevées dans un domaine particulier peuvent indiquer des domaines importants et problématiques pour un sujet, ce qui peut nécessiter une évaluation, un traitement et un suivi supplémentaires. Le jugement clinique devra guider la prise de décision.

Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date : _____

Instructions : En vous fondant sur toutes les informations dont vous disposez concernant le patient et sur votre jugement clinique, veuillez coter (en cochant) la présence et la sévérité des symptômes suivants s'ils se sont manifestés durant les sept (7) derniers jours.

Domaine	0	1	2	3	4	Note
I. Hallucinations	☐ Pas présent	☐ Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour que l'on puisse envisager une psychose)	☐ Présent mais léger (peu de pression à agir selon les voix ; la personne n'est pas très ennuyée par les voix)	☐ Présent et moyen (une certaine pression à répondre aux voix ou la personne est quelque peu ennuyée par les voix)	☐ Présent et grave (pression sévère à répondre aux voix ou la personne est très ennuyée par les voix)	
II. Idées délirantes	☐ Pas présent	☐ Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour que l'on puisse envisager une psychose)	☐ Présent mais léger (peu de pression à agir selon les croyances délirantes ; la personne n'est pas très ennuyée par les croyances).	☐ Présent et moyen (une certaine pression à agir selon les croyances ; la personne est quelque peu ennuyée par les croyances)	☐ Présent et grave (pression sévère à agir selon les croyances ou la personne est très ennuyée par les croyances)	
III. Discours désorganisé	☐ Pas présent	☐ Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérées comme une désorganisation)	☐ Présent mais léger (quelques difficultés à suivre le discours de la personne)	☐ Présent et moyen (le discours de la personne est souvent difficile à suivre)	☐ Présent et grave (le discours de la personne est pratiquement impossible à suivre)	
IV. Comportement psychomoteur anormal	☐ Pas présent	☐ Douteux (sévérité ou durée non significatives pour être considérées comme un comportement psychomoteur anormal)	☐ Présent mais léger (comportement moteur bizarre ou occasionnellement anormal ou catatonie)	☐ Présent et moyen (comportement moteur bizarre ou anormal fréquent ou catatonie)	☐ Présent et grave (comportement moteur bizarre ou anormal fréquent ou catatonie presque constante)	

(suite)

Domaine	0	1	2	3	4	Note
V. Symptômes négatifs (restriction de l'expression émotionnelle ou aboulie)	☐ Pas présent	☐ Douteux : doute sur une diminution de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	☐ Présent mais léger : légère diminution de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	☐ Présent et moyen : diminution moyenne de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	☐ Présent et grave : diminution grave de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	
VI. Déficit cognitif	☐ Pas présent	☐ Douteux (les fonctions cognitives ne sont pas clairement en dehors des limites attendues pour l'âge ou le NSE, c.-à-d. < 0,5 ET de la moyenne)	☐ Présent mais léger (une certaine réduction des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE ; > 0,5-1 ET de la moyenne)	☐ Présent et moyen (diminution claire des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE ; > 1-2 ET de la moyenne)	☐ Présent et grave (diminution grave des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE ; > 2 ET de la moyenne)	
VII. Dépression	☐ Pas présent	☐ Douteux (se sent occasionnellement triste, bas, déprimé ou sans espoir ; inquiet d'avoir fait des erreurs avec quelqu'un ou quelque chose mais sans être préoccupé)	☐ Présent mais léger (se sent fréquemment très triste, bas, moyennement déprimé ou sans espoir ; inquiet d'avoir fait des erreurs avec quelqu'un ou quelque chose avec une certaine préoccupation)	☐ Présent et moyen (fréquentes périodes de dépression profonde ou de désespoir ; préoccupation par de la culpabilité ou l'idée d'avoir fait du mal)	☐ Présent et grave (dépression profonde ou désespoir quotidiens ; culpabilité délirante ou reproches tournés vers soi largement disproportionnés compte tenu des circonstances)	
VIII. Manie	☐ Pas présent	☐ Douteux (humeur occasionnellement haute, expansive ou irritable ou certaine agitation)	Présent mais léger (fréquentes périodes d'humeur quelque peu haute, expansive ou irritable ou relative agitation)	☐ Présent et moyen (de façon fréquente et importante, périodes d'humeur haute, expansive, ou irritable ou agitation)	☐ Présent et grave (de façon quotidienne et importante, humeur haute, expansive ou irritable ou agitation)	

ET : écart type ; NSE : niveau socio-économique.

Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0 (WHODAS 2.0)

La version adulte de l'Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé (WHODAS 2.0) version 2.0 est une auto-évaluation de 36 items qui mesure le handicap chez les adultes âgés de 18 ans et plus. Elle apprécie le handicap dans six domaines comprenant la compréhension et la communication, la mobilité, les soins personnels, s'entendre avec son entourage, les activités de la vie (c.-à-d. les responsabilités ménagères, professionnelles et/ou scolaires) et la participation à la société. Si le sujet adulte a des capacités altérées et est incapable de compléter le questionnaire (p. ex. un patient dément), un informateur pertinent peut compléter la version réservée aux tiers, disponible sur www.psychiatry.org/dsm5. Chaque item dans la version auto-évaluation du WHODAS 2.0 demande à la personne de coter les difficultés qu'elle a éprouvées dans un domaine spécifique de fonctionnement durant les 30 derniers jours.

Instructions de cotation du WHODAS 2.0 fournies par l'OMS

Notes totales du WHODAS 2.0. Il existe deux méthodes principales pour calculer les notes totales de la version complète du WHODAS 2.0 à 36 items.

Simple : Les notes attribuées à chaque item – « aucun » (1), « léger » (2), « moyen » (3), « grave » (4) et « extrême » (5) – sont additionnées. Cette méthode est appelée cotation simple car les notes à chacun des items sont simplement additionnées sans recoder ni regrouper les catégories de réponses ; de fait, il n'y a pas de pondération des items individuels. Cette approche de cotation manuelle est pratique d'utilisation et peut être la méthode de choix dans les structures cliniques chargées ou dans les situations d'entretien de type papier-crayon. Par conséquent, la simple somme des notes aux items de tous les domaines constitue des données statistiques capables de décrire le degré des limitations fonctionnelles.

Complexe : La méthode de cotation plus complexe est dite fondée sur la « théorie de la réponse à l'item » (TRI²). Elle prend en compte les multiples niveaux de difficulté pour chacun des items du WHODAS 2.0. Elle considère séparément la note à chaque item, comme « aucune », « légère », « moyenne », « grave » et « extrême », et utilise un programme informatique pour déterminer le score total en pondérant différemment les items et les niveaux de sévérité. Le programme informatisé est disponible à partir du site internet de l'OMS. La cotation suit 3 étapes :

- Étape 1 – Addition dans chaque domaine des notes aux items recodées.
- Étape 2 – Addition des notes dans chacun des 6 domaines.
- Étape 3 – Conversion du score total en une échelle métrique allant de 0 à 100 (où 0 = absence de handicap, 100 = handicap total).

Notes dans les domaines du WHODAS 2.0. Le WHODAS 2.0 fournit des notes spécifiques pour 6 domaines de fonctionnement différents : cognition, mobilité, soins personnels, s'entendre avec son entourage, les activités de la vie (responsabilités ménagères et travail/études) et la participation à la société.

Normes dans la population pour le WHODAS 2.0. Les normes et la distribution des notes dans la population pour une cotation du WHODAS 2.0 fondée sur la « théorie de la réponse à l'item » (TRI) peuvent être consultées sur le site www.who.int/classification/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

2. NDT. *Item-Response Theory*.

Cotations supplémentaires et guide d'interprétation pour les utilisateurs du DSM-5

Il est demandé au praticien de passer en revue la réponse du sujet à chaque item de l'évaluation durant l'entretien clinique et d'indiquer la note d'auto-évaluation pour chaque item dans la colonne réservée au clinicien. Toutefois, si le clinicien estime que la note à un item doit être différente à cause de l'entretien clinique et d'autres informations disponibles, il peut indiquer une note corrigée dans la case réservée à la note brute de l'item. En se fondant sur les données des enquêtes sur le terrain du DSM-5 dans des échantillons de patients adultes à travers six sites aux États-Unis et un site au Canada, le DSM-5 recommande le calcul et l'utilisation de notes moyennes pour chaque domaine et pour le handicap général. Les notes moyennes sont comparables à l'échelle en 5 points du WHODAS 5, qui permet au clinicien de penser au handicap du patient en termes de « aucun » (1), « léger » (2), « moyen » (3), « grave » (4) et « extrême » (5). Les notes moyennes des domaines et du handicap général se sont avérées fiables, faciles à utiliser et cliniquement utiles pour les praticiens dans les enquêtes sur le terrain du DSM-5. La *note moyenne du domaine* est calculée en divisant la note brute du domaine par le nombre d'items du domaine (p. ex. si tous les items du domaine « compréhension et communication » sont cotés à moyen, alors la note moyenne du domaine doit être $18/6 = 3$, indiquant un handicap moyen). La *note moyenne du handicap général* est calculée en divisant la note totale brute par le nombre d'items de l'évaluation (c.-à-d. 36). Le sujet doit être encouragé à compléter tous les items du WHODAS 2.0. Si aucune réponse n'est donnée à 10 items ou plus de l'évaluation (c.-à-d. plus de 25 % des 36 items au total), le calcul des notes simples et moyennes de handicap général peut ne pas être utile. Si 10 ou plus des items totaux de l'évaluation manquent mais que les items de certains domaines sont complets à 75-100 %, les notes simples ou moyennes du domaine peuvent être utilisées.

Fréquence d'utilisation. Afin de suivre le changement du niveau de handicap d'une personne dans le temps, l'évaluation peut être effectuée à intervalles réguliers, comme cela est indiqué sur le plan clinique, en fonction de la stabilité symptomatique et du projet thérapeutique. Des notes constamment élevées dans un domaine particulier peuvent indiquer un champ significatif et problématique pour le sujet pouvant nécessiter des évaluations et interventions supplémentaires.

WHODAS 2.0
Version 36-item auto-administrée

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Date : _____

Ce questionnaire se rapporte aux difficultés causées par votre état de santé. Par état de santé, je veux dire une maladie ou un malaise, ou tout autre problème de santé qui peut être de courte durée ou chronique, une blessure, des problèmes mentaux ou émotionnels et des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues.

Réfléchissez à la période des 30 derniers jours et répondez aux questions en pensant aux difficultés que vous avez eues en effectuant les activités suivantes. Pour chaque question, merci de ne donner qu'une seule réponse.

Durant les 30 derniers jours, combien de difficultés avez-vous eues pour :

Compréhension et communication

D1.1	Vous <u>concentrer</u> sur une tâche pendant <u>dix minutes</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D1.2	Vous <u>rappeler</u> de faire des choses <u>importantes</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D1.3	<u>Analyser et trouver des solutions à des problèmes</u> de la vie courante ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D1.4	<u>Apprendre une nouvelle tâche</u> ou par ex. découvrir un nouveau lieu ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D1.5	<u>Comprendre</u> ce que les gens disent ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D1.6	<u>Commencer ou maintenir une conversation</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

Mobilité

D2.1	<u>Être debout pour de longues périodes</u> comme 30 min ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D2.2	Passer <u>de la position assise à une position debout</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D2.3	<u>Vous déplacer</u> dans votre maison ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D2.4	<u>Sortir</u> de votre maison ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D2.5	<u>Marcher une longue distance</u> comme <u>1 kilomètre</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

Soins personnels

D3.1	<u>Laver</u> votre corps tout <u>entier</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D3.2	Vous habiller ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D3.3	<u>Manger</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D3.4	Rester seul(e) durant quelques jours ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

Durant les 30 derniers jours, combien de difficultés avez-vous eues pour : (suite)

Vous entendre avec votre entourage

D4.1	Avoir affaire à des personnes que vous ne connaissez pas ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D4.2	<u>Entretenir une relation d'amitié ?</u>	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D4.3	<u>Vous entendre avec des proches ?</u>	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D4.4	<u>Vous faire de nouveaux amis ?</u>	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D4.5	<u>Avoir des relations sexuelles ?</u>	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

Activités de la vie

D5.1	Vous occuper de vos responsabilités ménagères ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D5.2	Faire bien vos tâches ménagères importantes ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D5.3	Terminer tout ce qui devrait être fait comme tâches ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D5.4	Faire votre ménage aussi vite que nécessaire ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

Si vous travaillez (employé, bénévole, indépendant) ou allez à l'école, compléter les questions D5.5-D5.8. Sinon, allez à D6.1.

Du fait de votre état de santé, durant les 30 derniers jours, combien de difficultés avez-vous eues pour :

D5.5	Faire votre travail/vos activités scolaires quotidien(nes) ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D5.6	Faire correctement votre <u>tâche la plus importante pour le travail/les activités scolaires</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D5.7	<u>Faire tout le travail</u> que vous avez à faire ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D5.8	Faire votre travail aussi vite que nécessaire ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

Participation dans la société

Au cours des 30 derniers jours

D6.1	À quel point est-ce un problème de vous <u>engager dans des activités communautaires</u> (p. ex. fêtes, activité religieuse ou autre) de la même façon que les autres ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
------	---	--------	--------	---------	--------	---------------------------

D6.2	Combien de problèmes avez-vous eus pour exécuter vos plans à cause de <u>barrières ou d'empêchements</u> dans le monde qui vous entoure ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D6.3	À quel point était-ce un problème de <u>vivre dignement</u> malgré les attitudes et les actions d'autrui ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D6.4	Combien de <u>temps</u> avez-vous passé sur votre état de santé ou ses conséquences ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D6.5	À quel point avez-vous été <u>émotionnellement affecté(e)</u> par votre état de santé ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D6.6	À quel point votre santé a-t-elle été à l'origine d'une <u>perte pour vos ressources financières</u> et celles de votre famille ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D6.7	Combien de difficultés votre <u>famille</u> a-t-elle eues à cause de votre état de santé ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire
D6.8	Combien de difficultés avez-vous eues pour faire des choses tout(e) seul(e) pour vous <u>relaxer ou pour votre plaisir</u> ?	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême/ne peut pas faire

H1	Au total, pendant les 30 derniers jours, pendant <u>combien de jours</u> avez-vous eu ces difficultés ?	<i>Noter le nombre de jours ...</i>				
H2	Durant les 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été incapable d'effectuer vos activités habituelles ou travail du fait de votre état de santé ?	<i>Noter le nombre de jours ...</i>				
H3	Durant les 30 derniers jours, sans compter les jours où vous étiez totalement incapable, pendant combien de temps avez-vous diminué ou réduit vos activités habituelles ou votre travail du fait de votre état de santé ?	<i>Noter le nombre de jours ...</i>				

Notre entretien est maintenant terminé. Je vous remercie de votre participation.

Reproduced, with permission of the publisher, from the translation of Measuring Health and Disability : Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva, World Health Organization, 2010 (WHODAS 2.0 36-item version self-administered ; in the French language provided by WHO).

Références

Évaluations symptomatiques transversales

- Clarke DE, Narrow WE, Regier DA, et al: DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry* 170(1):43–58, 2013 10.1176/appi.ajp.2012.12071000
- Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, et al: DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry* 170(1):71–82, 2013 10.1176/appi.ajp.2012.12071000
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al: DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 170(1):59–70, 2013 10.1176/appi.ajp.2012.12071000 (Epub ahead of print)

Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien

- Barch DM, Carter CS, MacDonald AW, 3rd et al: Context-processing deficit in schizophrenia: diagnostic specificity, 4-week course, and relationships to clinical symptoms. *J Abnorm Psychol* 112(1):132–143, 2003 12653421
- Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, et al: Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 163(3):418–425, 2006 16513862
- Green MF, Kern RS, Heaton RK: Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res* 72(1):41–51, 2004 15531406
- Peralta V, Cuesta MJ: Exploring the borders of the schizoaffective spectrum: a categorical and dimensional approach. *J Affect Disord* 108(1–2):71–86, 2009
- Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, et al: Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophr Bull* 35(5):1022–1029, 2009 18495643

Formulation culturelle

Comprendre le contexte culturel de l'expérience de la maladie est indispensable pour une évaluation diagnostique et une conduite clinique valides. La *culture* fait référence aux systèmes de savoir, aux conceptions, règles et pratiques qui sont appris et transmis à travers les générations. La culture englobe la langue, la religion et la spiritualité, les structures de parenté, les étapes des cycles de vie, les rituels cérémoniels et coutumes, ainsi que les systèmes moraux et légaux. Les cultures sont des systèmes ouverts et dynamiques qui subissent des changements continuels avec le temps ; dans le monde contemporain, la plupart des personnes et groupes sont exposés à de multiples cultures qu'ils utilisent pour façonner leur propre identité et pour faire sens de leur expérience. Au regard de ces caractéristiques de la culture il est crucial de ne jamais généraliser l'information culturelle ou de stéréotyper des groupes selon des traits culturels immuables.

Le terme *race* est une catégorie d'identité culturellement construite qui divise l'humanité en groupes reposant sur une variété de traits physiques superficiels attribués à quelques caractéristiques biologiques intrinsèques hypothétiques. Les catégories et concepts raciaux ont été très divers à travers l'histoire et les sociétés. Le concept de race n'a aucune définition biologique cohérente mais il est important sur le plan social car il soutient les idéologies raciales, le racisme, la discrimination et l'exclusion sociale qui peuvent avoir des effets très négatifs sur la santé mentale. Il existe des preuves que le racisme peut aggraver de nombreux troubles psychiatriques, contribuer à une évolution défavorable et que les biais raciaux peuvent affecter l'évaluation diagnostique.

L'ethnicité est une identité de groupe culturellement construite et utilisée pour définir des populations et des communautés. Elle peut prendre racine dans une histoire, la géographie, la langue, une religion commune ou dans d'autres caractéristiques partagées par un groupe et qui le distinguent des autres. L'ethnicité peut être auto-assignée ou attribuée par l'extérieur. Une mobilité plus importante, des mariages mixtes et un métissage des cultures ont créé de nouvelles identités ethniques métissées, multiples ou hybrides.

Culture, race et ethnicité sont liées à des inégalités économiques, au racisme et aux discriminations qui créent des disparités de santé. Les identités culturelles, ethniques et raciales peuvent être des sources de force et de soutien par le groupe qui accroissent la résilience mais elles peuvent aussi mener à des conflits psychologiques, interpersonnels et intergénérationnels ou à des difficultés d'adaptation qui exigent une évaluation diagnostique.

Esquisse d'une formulation culturelle

L'« Esquisse d'une formulation en fonction de la culture » introduite dans le DSM-IV proposait un cadre pour évaluer l'information sur les caractéristiques culturelles du problème de santé mentale d'un sujet et pour voir comment cela est rattaché à un contexte social et culturel, ainsi qu'à son histoire. Le DSM-5 n'inclut pas seulement une version actualisée de l'Esquisse mais il présente également une approche d'évaluation qui utilise l'entretien de formulation culturelle¹, dont l'utilité diagnostique pour les cliniciens et l'acceptabilité pour les patients ont été testées sur le terrain.

1. NDT. Traduction de *Cultural Formulation Interview* (CFI).

L'esquisse d'une formulation culturelle révisée requiert une évaluation systématique des catégories suivantes :

- **Identité culturelle du sujet :** Décrire les groupes raciaux, ethniques ou culturels de référence du sujet qui sont susceptibles d'influencer ses relations avec les autres, son accès aux ressources ainsi que les défis, conflits et problèmes développementaux et actuels. Pour les immigrants et les minorités raciales ou ethniques, noter séparément le degré et le type de participation à la culture d'origine et à la culture d'accueil ou culture majoritaire. Il est utile de connaître les capacités langagières, les préférences et les types d'usage de la langue pour identifier les difficultés d'accès aux soins, à l'intégration sociale et la nécessité d'un interprète. D'autres aspects de l'identité pertinents sur le plan clinique peuvent inclure l'affiliation religieuse, le statut socioéconomique, les lieux de naissance et de jeunesse du sujet et de la famille, le statut de migrant et l'orientation sexuelle.
- **Conceptualisations culturelles de la détresse :** Décrire les conceptions culturelles qui ont une influence sur la manière dont le sujet ressent, comprend et communique ses symptômes ou problèmes aux autres. Ces conceptions peuvent inclure des syndromes culturels, des idiomes de la détresse² et des modèles explicatifs ou des causes perçues. Le niveau de sévérité et la signification de l'expérience stressante doivent être évalués en tenant compte des normes du groupe de référence culturelle du sujet. L'évaluation de la capacité de faire face³ et du comportement de recherche d'aide doit tenir compte de l'utilisation aussi bien des professionnels que de sources de soins traditionnels, alternatifs ou complémentaires.
- **Facteurs de stress psychosocial et caractéristiques culturelles de la vulnérabilité et de la résilience :** Identifier les principaux facteurs de stress et de soutien dans l'environnement social du sujet (ce qui peut inclure aussi bien des événements locaux que distants) ainsi que le rôle de la religion, de la famille et d'autres réseaux sociaux (p. ex. amis, voisins, collègues de travail) comme soutien émotionnel, matériel et informationnel. Les facteurs de stress social et le soutien social varient avec les interprétations culturelles des événements, la structure familiale, les tâches développementales et le contexte social. Le niveau de fonctionnement, le handicap et la résilience doivent être évalués à la lumière du groupe de référence culturelle du sujet.
- **Caractéristiques culturelles de la relation entre le sujet et le clinicien :** Identifier les différences concernant la culture, la langue et le statut social entre un sujet et le clinicien qui peuvent poser problème dans la communication et avoir une influence sur le diagnostic et le traitement. Des expériences de racisme et de discrimination dans la société plus large peuvent empêcher que confiance et sécurité puissent s'installer dans la rencontre clinique diagnostique. Il en résulte des problèmes pour retrouver les symptômes, des malentendus sur la signification culturelle et clinique des symptômes et des comportements, et des difficultés pour établir ou maintenir le rapport nécessaire pour une alliance clinique effective.
- **Évaluation culturelle globale :** Résumer les conséquences des composantes de la formulation culturelle identifiées dans les sections précédentes de l'esquisse sur le diagnostic et d'autres thèmes ou problèmes cliniques ainsi que sur la prise en charge et les interventions thérapeutiques adaptées.

2. NDT. Richard Rechtman traduit *idioms of distress* par la périphrase « formulation idiomatique culturellement déterminée de la souffrance » et choisit de garder le terme en anglais dans son article (R. Rechtman, De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes & Migrations* n° 1225, mai-juin 2000, 46-61).

3. NDT. Traduction de *coping*.

Entretien de formulation culturelle

L'entretien de formulation culturelle (EFC) est une série de 16 questions que les cliniciens peuvent utiliser pendant une évaluation en santé mentale pour obtenir des informations sur l'impact de la culture sur des aspects clés de la présentation clinique et des soins du sujet. Dans l'EFC le terme *culture* fait référence :

- aux valeurs, orientations, savoirs et pratiques que les sujets tirent de leur appartenance à des groupes sociaux divers (p. ex. groupes ethniques, communautés religieuses, groupes professionnels, groupes de vétérans) ;
- aux aspects des origines du sujet, de ses expériences du développement et de son contexte social actuel qui sont susceptibles d'affecter ses points, tels que l'origine géographique, la migration, la langue, la religion, l'orientation sexuelle ou la race/l'ethnicité ;
- aux influences de la famille, des amis ou d'autres membres de la communauté (le *réseau social* du sujet) sur le vécu de la maladie du sujet.

L'EFC est un entretien semi-structuré court destiné à évaluer de manière systématique les facteurs culturels dans la rencontre clinique qui peut être utilisé avec tout individu. L'EFC se concentre sur l'expérience du sujet et sur le contexte social du problème clinique. L'EFC adopte une approche centrée sur la personne lors de l'évaluation culturelle en sollicitant des informations de la part de l'individu sur ses points de vue et sur ceux de son réseau social. Cette approche a été conçue pour éviter de stéréotyper en faisant ressortir comment le savoir culturel de chaque sujet affecte sa manière d'interpréter l'expérience de la maladie et de chercher de l'aide. Comme l'EFC explore les points de vue personnels de la personne, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions. L'entretien suit ci-après et il est accessible sur internet à l'adresse www.psychiatry.org/dsm5.

L'EFC est mis en page en deux colonnes de texte. La colonne de gauche contient les instructions pour la passation de l'EFC et décrit les buts pour chaque domaine de l'entretien. Les questions dans la colonne de droite illustrent comment explorer ces domaines mais elles ne sont pas exhaustives. Des questions complémentaires peuvent être nécessaires pour clarifier les réponses d'un sujet. Les questions peuvent être reformulées selon les besoins. L'EFC est censé être un guide pour l'évaluation culturelle et devrait être utilisé de manière flexible pour maintenir un rythme de l'entretien et un lien avec le sujet naturels.

Il est avantageux d'utiliser l'EFC en se fondant sur l'information démographique obtenue avant l'entretien pour pouvoir adapter les questions de l'EFC afin qu'elles visent l'origine et la situation actuelle du sujet. En fonction du cadre et de l'individu, les domaines démographiques spécifiques devant être explorés peuvent être variables. Une évaluation détaillée est susceptible d'inclure le lieu de naissance, l'âge, le genre, l'origine raciale/ethnique, le statut matrimonial, la composition de la famille, l'éducation, la maîtrise des langues parlées, l'orientation sexuelle, l'affiliation religieuse ou spirituelle, la profession, l'emploi, le salaire et l'histoire de la migration.

L'EFC peut être utilisé lors de l'évaluation initiale du sujet dans tous les cadres cliniques sans tenir compte de l'origine culturelle de l'individu ou du clinicien. Sujets et cliniciens qui semblent partager la même origine culturelle peuvent malgré cela être différents d'une façon qui peut affecter les soins. L'EFC peut être utilisé entièrement ou ses composantes peuvent être intégrées dans une évaluation clinique selon les besoins. L'EFC peut être particulièrement aidant face à :

- une difficulté dans l'évaluation diagnostique à cause de différences significatives entre le clinicien et le sujet concernant les origines culturelles, religieuses ou socioéconomiques ;

- un doute concernant la correspondance entre des symptômes culturellement distincts et les critères diagnostiques ;
- une difficulté pour estimer la sévérité de la maladie et l'altération ;
- une mésentente entre le sujet et le clinicien concernant l'évolution des soins ;
- une limitation de l'engagement et de l'adhésion aux traitements de la part du sujet.

L'EFC souligne quatre domaines d'évaluation : définition culturelle du problème (questions 1 à 3), perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien (questions 4 à 10), facteurs culturels affectant les ressources internes pour faire face⁴ et la recherche d'aide dans le passé (questions 11 à 13) et facteurs culturels affectant la recherche d'aide actuelle (questions 14 à 16). Aussi bien le processus centré sur la personne pendant l'EFC que l'information qu'il apporte visent à améliorer la validité culturelle de l'évaluation diagnostique, à faciliter les projets de soins et à promouvoir l'engagement et la satisfaction du sujet. Pour atteindre ces objectifs, les informations obtenues lors de l'EFC doivent être intégrées avec tout autre matériel clinique disponible dans une évaluation clinique et contextuelle complète. Une version « informant » de l'EFC peut être utilisée auprès de la famille ou des proches pour obtenir des informations collatérales.

Des modules supplémentaires ont été développés qui élargissent chaque domaine de l'EFC et guident les cliniciens qui souhaitent explorer ces domaines en profondeur. Des modules supplémentaires ont également été développés pour des populations spécifiques telles que les enfants et adolescents, les personnes âgées, les immigrés et réfugiés. Ces modules supplémentaires sont référencés dans l'EFC sous les titres des sous-chapitres en question et ils sont accessibles sur internet sur www.psychiatry.org/dsm5.

Entretien de formulation culturelle (EFC)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR	LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR SONT EN <i>ITALIQUES</i> .
<i>Les questions suivantes ont pour but de clarifier les aspects clés du problème clinique principal du point de vue du sujet et d'autres membres de son réseau social (p. ex. famille, amis ou d'autres impliqués dans le problème actuel). Cela inclut la signification du problème, les sources potentielles d'aide et les attentes par rapport aux propositions thérapeutiques.</i>	INTRODUCTION POUR LE SUJET : J'aimerais bien comprendre les problèmes qui vous ont amené ici pour que je puisse vous aider de manière plus efficace. Je voudrais connaître vos expériences et idées. Je vous poserai quelques questions sur ce qui se passe et comment vous le gérez. Souvenez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME	
(Modèle explicatif, niveau de fonctionnement)	
<i>Sollicitez le point de vue du sujet concernant les problèmes centraux et les préoccupations principales.</i> <i>Concentrez-vous sur la manière propre au sujet de comprendre le problème.</i> <i>Utilisez le terme, l'expression ou la description brève obtenu à la question 1 pour parler du problème dans les questions suivantes (p. ex. « le conflit avec votre fils »).</i>	1. Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? <i>SI LE SUJET DONNE PEU DE DÉTAILS OU NE PARLE QUE DES SYMPTÔMES OU D'UN DIAGNOSTIC MÉDICAL, RELANCEZ :</i> Souvent les gens comprennent leur problème à leur façon, parfois c'est proche parfois c'est différent de la manière des médecins de décrire le problème. Comment décriez-vous votre problème ?

4. NDT. Traduction de *self-coping*.

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR	LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR SONT EN <i>ITALIQUES</i> .
<i>Demandez comment le sujet parle du problème aux membres du réseau social.</i>	2. Parfois les gens ont des manières différentes de parler de leur problème à la famille, aux amis ou à d'autres dans leur communauté. Comment leur décririez-vous votre problème ?
<i>Concentrez-vous sur les aspects du problème qui sont les plus importants pour le sujet.</i>	3. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus par rapport à votre problème ?

PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

CAUSES

(Modèle explicatif, réseau social, personnes âgées)

Cette question concerne la signification de l'état pour le sujet, ce qui peut avoir une importance pour les soins.

Notez que les sujets peuvent identifier plusieurs causes en fonction de l'aspect du problème qu'ils prennent en considération.

4. Pourquoi pensez-vous cela vous arrive ? Quelles sont à votre avis les causes de votre [PROBLÈME] ?

RELANCEZ SI BESOIN :

Certaines personnes expliquent leur problème comme le résultat de choses mauvaises qui se passent dans leur vie, de problèmes avec les autres, d'une maladie somatique, d'une raison spirituelle ou de nombreuses autres causes.

Concentrez-vous sur les points de vue des membres du réseau social du sujet. Ils peuvent être divers et différents de ceux du sujet.

5. Selon votre famille, vos amis ou d'autres dans votre communauté, quelle est la cause de votre [PROBLÈME] ?

FACTEURS DE STRESS ET SOUTIEN

(Réseau social, soignants, facteurs de stress psychosocial, religion et spiritualité, immigrés et réfugiés, identité culturelle, personnes âgées, capacité de faire face, recherche d'aide)

Sollicitez de l'information sur le contexte de vie du sujet en mettant l'accent sur ses ressources, le soutien social et la résilience.

Recherchez aussi d'autres soutiens (p. ex. des collègues de travail, d'une participation religieuse ou spirituelle).

Concentrez-vous sur les aspects stressants de l'environnement du sujet. Recherchez aussi, p. ex. des problèmes relationnels, des difficultés au travail ou à l'école ou de la discrimination.

6. Est-ce qu'il y a des formes de soutien qui améliorent votre [PROBLÈME], tel que le soutien de votre famille, d'amis ou d'autres ?

7. Est-ce qu'il y a des facteurs de stress qui empirent votre [PROBLÈME] tels que des soucis d'argent ou des problèmes familiaux ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN *ITALIQUES*.**

RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

(Identité culturelle, facteurs de stress psychosocial, religion et spiritualité, immigrés et réfugiés, personnes âgées, enfants et adolescents)

Demandez au sujet de réfléchir aux éléments les plus marquants de son identité culturelle. Utilisez cette information pour adapter les questions 9 et 10 selon les besoins.

Sollicitez des aspects de l'identité qui améliorent ou empirent le problème. Relancez si besoin (p. ex. détérioration clinique suite à une discrimination liée au statut migratoire, à la race/l'ethnicité ou à l'orientation sexuelle).

Relancez si besoin (p. ex. problèmes liés à la migration, aux conflits transgénérationnels ou aux rôles de genre).

Parfois des aspects des origines ou de l'identité des gens peuvent améliorer ou rendre plus difficile leur [PROBLÈME]. Quand je parle d'**origine** ou d'**identité**, je pense à la communauté à laquelle vous appartenez, aux langues que vous parlez, au lieu d'où vous et votre famille venez, à votre race ou origine ethnique, à votre orientation sexuelle ou de genre, ou à votre foi ou religion.

8. Pour vous, quels sont les aspects les plus importants de votre origine ou de votre identité ?
9. Est-ce qu'il y a des aspects de votre origine ou identité qui ont une influence sur votre [PROBLÈME] ?
10. Est-ce qu'il y a des aspects de votre origine ou identité qui sont source de préoccupations ou de problèmes supplémentaires pour vous ?

**FACTEURS CULTURELS AFFECTANT LES RESSOURCES INTERNES POUR FAIRE FACE
ET LA RECHERCHE D'AIDE DANS LE PASSÉ**
RESSOURCES INTERNES POUR FAIRE FACE

(Capacité de faire face et recherche d'aide, religion et spiritualité, personnes âgées, soignants, facteurs de stress psychosocial)

Clarifiez les ressources internes pour faire face concernant le problème.

11. Parfois les gens ont des manières différentes pour gérer des problèmes tels que votre [PROBLÈME]. Qu'est-ce que vous avez entrepris pour vous aider vous-même avec votre [PROBLÈME] ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN ITALIQUES.**

RECHERCHE D'AIDE DANS LE PASSÉ

(Capacité de faire face et recherche d'aide, religion et spiritualité, personnes âgées, soignants, facteurs de stress psychosocial, immigrés et réfugiés, réseau social, relation clinicien – patient)

*Sollicitez différentes sources d'aide (p. ex. soins médicaux, traitement de santé mentale, groupes de soutien, conseil dans le cadre du travail, soins populaires, conseils religieux et spirituels, autres formes de médecine traditionnelle ou alternative).
Relancez si besoin (p. ex. « Quelles autres sources d'aide avez-vous utilisées ? »).
Clarifiez l'expérience du sujet et sa considération pour l'aide précédemment reçue.*

12. Souvent les gens cherchent de l'aide auprès de différentes sources y compris différentes sortes de médecins, aidants ou guérisseurs. Dans le passé, quels types de traitement, d'aide, de conseil ou de soins avez-vous recherchés pour votre [PROBLÈME] ?
RELANCEZ SI L'UTILITÉ DE L'AIDE REÇUE N'EST PAS DÉCRITE :
Quels types d'aide ou de traitement ont été les plus utiles ? Le moins utiles ?

BARRIÈRES

(Capacité de faire face et recherche d'aide, religion et spiritualité, personnes âgées, facteurs de stress psychosocial, immigrés et réfugiés, réseau social, relation clinicien – patient)

*Clarifiez le rôle des barrières sociales à la recherche d'aide, à l'accès aux soins et des problèmes à s'engager dans un traitement antérieur.
Relancez les détails en fonction des besoins (p. ex. « Qu'est-ce qui s'est mis en travers du chemin ? »).*

13. Est-ce que quelque chose vous a empêché d'obtenir l'aide dont vous avez besoin ?
RELANCEZ SI BESOIN :
Par exemple, l'argent, des engagements envers la famille ou le travail, la stigmatisation ou la discrimination, ou le manque d'offres de soins adaptées à votre langue et votre origine ?

FACTEURS CULTURELS AFFECTANT LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE
PRÉFÉRENCES

(Réseau social, soignants, religion et spiritualité, personnes âgées, capacité de faire face et recherche d'aide)

Clarifiez les besoins du sujet perçus actuellement et ses attentes d'aide, définis de manière large.

Parlons un peu plus de l'aide dont vous avez besoin.

Relancez si le sujet ne cite qu'une source d'aide (p. ex. « Quels autres types d'aide pourraient être utiles pour vous actuellement ? »)

14. Quels types d'aide selon vous seraient actuellement pour vous les plus utiles concernant votre [PROBLÈME] ?

Concentrez-vous sur les points de vue du réseau social concernant la recherche d'aide.

15. Y a-t-il d'autres types d'aide que votre famille, vos amis ou d'autres personnes vous ont suggérés comme étant utiles pour vous maintenant ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) (suite)

Les modules supplémentaires utilisés pour élargir chaque sous-thème sont notés entre parenthèses.

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR
**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN *ITALIQUES*.**

RELATION CLINICIEN – PATIENT

(Relation clinicien – patient, personnes âgées)

Sollicitez des préoccupations concernant le lieu des soins ou la relation clinicien – patient, y compris le racisme perçu, les barrières de la langue ou des différences culturelles qui peuvent miner la bonne volonté, la communication ou la proposition des soins.

Relancez les détails en fonction des besoins (p. ex. « De quelle façon ? »).

Questionnez les barrières aux soins potentielles ou les préoccupations concernant le lieu des soins ou la relation clinicien – patient évoquées précédemment.

Parfois il existe des malentendus entre les médecins et les patients parce qu'ils viennent d'origines différentes ou ont des attentes différentes.

16. Est-ce que vous avez été préoccupé par cela et comment pouvons-nous faire pour vous proposer les soins dont vous avez besoin ?

Entretien de formulation culturelle⁵ – Version de l'informant

La version de l'informant de l'EFC recueille de l'information collatérale d'un tiers qui connaît les problèmes cliniques et les circonstances de vie du sujet identifié. Cette version peut être utilisée pour compléter l'information obtenue de l'EFC principal ou à sa place quand le sujet n'est pas en état de donner des informations – comme cela peut être le cas, par exemple, pour les enfants et adolescents, pour des sujets présentant une psychose floride ou des personnes avec un handicap intellectuel.

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version de l'informant

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR

Les questions suivantes ont pour but de clarifier les aspects clés du problème clinique principal du point de vue de l'informant. Cela inclut la signification du problème, les sources potentielles d'aide et les attentes par rapport aux propositions thérapeutiques.

**LES INSTRUCTIONS POUR
L'EXAMINATEUR SONT EN *ITALIQUES***

INTRODUCTION POUR L'INFORMANT :
J'aimerais bien comprendre les problèmes qui ont amené le membre de votre famille/votre ami ici pour que je puisse vous/l'aider de manière plus efficace. Je voudrais connaître **vos** expériences et idées. Je vous poserai quelques questions sur ce qui se passe et comment vous et le membre de votre famille/votre ami le gérez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

5. NDT. Traduction de *Cultural Formulation Interview* (CFI).

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version de l'informant (suite)

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN ITALIQUES****RELATION AVEC LE PATIENT**

Clarifiez la relation entre l'informant et le sujet et/ou la famille du sujet.

1. Comment décririez-vous votre relation avec [LE SUJET OU LA FAMILLE] ?
RELANCEZ SI PAS CLAIR :
À quelle fréquence voyez-vous [LE SUJET] ?

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

Sollicitez le point de vue de l'informant sur les problèmes centraux et les préoccupations principales.

Concentrez-vous sur la manière du tiers de comprendre le problème du sujet.

Utilisez le terme, l'expression ou la description brève obtenu à la question 2 pour parler du problème dans les questions suivantes (p. ex. « le conflit avec son fils »).

2. Qu'est-ce qui amène le membre de votre famille/votre ami aujourd'hui ?
SI L'INFORMANT DONNE PEU DE DÉTAILS OU NE PARLE QUE DES SYMPTÔMES OU D'UN DIAGNOSTIC MÉDICAL, RELANCEZ :
Souvent les gens comprennent leur problème à leur façon, parfois c'est proche parfois c'est différent de la manière des médecins de décrire le problème. Comment décririez-vous le problème [DU SUJET] ?
3. Parfois les gens ont des manières différentes de parler de leur problème à la famille, aux amis ou à d'autres dans leur communauté. Comment leur décririez-vous le problème [DU SUJET] ?

Demandez comment l'informant parle du problème aux membres du réseau social.

Concentrez-vous sur les aspects du problème qui sont les plus importants pour l'informant.

4. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus par rapport au problème [DU SUJET] ?

**PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE,
DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN****CAUSES**

Cette question indique la signification de l'état pour l'informant, ce qui peut avoir une importance pour les soins.

Notez que les informants peuvent identifier plusieurs causes en fonction de l'aspect du problème qu'ils prennent en considération.

5. Selon vous, pourquoi est-ce que cela arrive [AU SUJET] ? À votre avis, quelles sont les causes de son [PROBLÈME] ?
RELANCEZ SI BESOIN :
Certaines personnes expliquent leur problème comme le résultat de choses mauvaises qui se passent dans leur vie, de problèmes avec les autres, d'une maladie somatique, d'une raison spirituelle ou de nombreuses autres causes.

Concentrez-vous sur les points de vue des membres du réseau social du sujet. Ils peuvent être divers et différents de ceux de l'informant.

6. Selon les autres dans la famille [DU SUJET], ses amis ou d'autres dans sa communauté, quelle est la cause du [PROBLÈME] [DU SUJET] ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version de l'informant (suite)

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN ITALIQUES****FACTEURS DE STRESS ET SOUTIEN**

Sollicitez de l'information sur le contexte de vie du sujet en mettant l'accent sur ses ressources, le soutien social et la résilience. Recherchez aussi d'autres soutiens (des collègues de travail, un engagement religieux ou spirituel).

Concentrez-vous sur les aspects stressants de l'environnement du sujet. Recherchez aussi p. ex. des problèmes relationnels, difficultés au travail ou à l'école ou de la discrimination.

7. Est-ce qu'il y a des formes de soutien qui améliorent son [PROBLÈME], tel que le soutien de la famille, d'amis ou d'autres ?

8. Est-ce qu'il y a des facteurs de stress qui aggravent son [PROBLÈME] tels que des soucis d'argent ou des problèmes familiaux ?

RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

Demandez à l'informant de réfléchir aux éléments les plus marquants de l'identité culturelle du sujet. Utilisez cette information pour adapter les questions 10 et 11 selon les besoins.

Sollicitez des aspects de l'identité qui améliorent ou aggravent le problème. Relancez si besoin (p. ex. détérioration clinique suite à une discrimination liée au statut migratoire, à la race/l'ethnicité ou à l'orientation sexuelle).

Relancez si besoin (p. ex. problèmes liés à la migration, aux conflits transgénérationnels ou aux rôles de genre).

Parfois des aspects des origines ou de l'identité des gens peuvent améliorer ou rendre plus difficile leur [PROBLÈME]. Quand je parle d'**origine** ou d'**identité**, je pense à la communauté à laquelle vous appartenez, aux langues que vous parlez, au lieu d'où vous et votre famille venez, à votre race ou origine ethnique, à votre orientation sexuelle ou de genre, ou à votre foi ou religion.

9. Pour vous, quels sont les aspects les plus importants de l'origine [DU SUJET] ou de son identité ?

10. Est-ce qu'il y a des aspects de l'origine [DU SUJET] ou de son identité qui ont une influence sur son [PROBLÈME] ?

11. Est-ce qu'il y a des aspects de l'origine [DU SUJET] ou de son identité qui sont source de préoccupations ou de problèmes supplémentaires pour lui/elle ?

**FACTEURS CULTURELS AFFECTANT LES RESSOURCES INTERNES POUR FAIRE FACE
ET RECHERCHE D'AIDE DANS LE PASSÉ****RESSOURCES INTERNES POUR FAIRE FACE**

Clarifiez les ressources internes pour faire face du sujet concernant le problème.

12. Parfois les gens ont des manières différentes de gérer des problèmes tels que le [PROBLÈME]. Qu'est-ce que [LE SUJET] a entrepris pour s'aider lui/elle-même avec son [PROBLÈME] ?

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version de l'informant (suite)

GUIDE POUR L'EXAMINATEUR**LES INSTRUCTIONS POUR L'EXAMINATEUR
SONT EN ITALIQUES****LA RECHERCHE D'AIDE DANS LE PASSÉ**

Sollicitez différentes sources d'aide (p. ex. soins médicaux, traitement de santé mentale, groupes de soutien, conseil dans le cadre du travail, soins populaires, conseils religieux et spirituels, d'autres formes de médecine traditionnelle ou alternative). Relancez si besoin (p. ex. « Quelles autres sources d'aides a-t-il/elle utilisées ? »). Clarifiez l'expérience du sujet et sa considération pour l'aide précédemment reçue.

13. Souvent les gens cherchent de l'aide auprès de différentes sources y compris différentes sortes de médecins, aidants ou guérisseurs. Dans le passé, quels types de traitement, d'aide, de conseil ou de soins [LE SUJET] a recherchés pour son [PROBLÈME] ?
RELANCEZ SI L'UTILITÉ DE L'AIDE REÇUE N'EST PAS DÉCRITE :
Quels types d'aides ou de traitement ont été les plus utiles ? Les moins utiles ?

BARRIÈRES

Clarifiez le rôle des barrières sociales à la recherche d'aide, à l'accès aux soins et des problèmes à s'engager dans un traitement antérieur. Relancez les détails en fonction des besoins (p. ex. « Qu'est-ce qui s'est mis en travers du chemin ? »).

14. Est-ce que quelque chose a empêché [LE SUJET] d'obtenir l'aide dont il/elle avait besoin ?
RELANCEZ SI BESOIN :
Par exemple, l'argent, des engagements envers la famille ou le travail, la stigmatisation ou la discrimination, ou le manque d'offres de soins adaptées à sa langue et à ses origines ?

FACTEURS CULTURELS AFFECTANT LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE**PRÉFÉRENCES**

Clarifiez les besoins du sujet perçus actuellement et ses attentes d'aide, définis de manière large, du point de vue de l'informant. Relancez si l'informant ne cite qu'une source d'aide (p. ex. « Quels autres types d'aide pourraient être utiles pour [LE SUJET] actuellement ? »).

Parlons un peu plus de l'aide dont [LE SUJET] a besoin.

Concentrez-vous sur les points de vue du réseau social concernant la recherche d'aide.

15. Selon vous, quels types d'aide seraient actuellement les plus utiles pour lui/elle concernant son [PROBLÈME] ?
16. Existe-t-il d'autres types d'aide que la famille, les amis ou d'autres personnes ont suggérés [AU SUJET] comme étant utiles pour lui/elle maintenant ?

RELATION CLINICIEN – PATIENT

Sollicitez des préoccupations concernant le lieu des soins ou la relation clinicien – patient, y compris le racisme perçu, les barrières de la langue ou des différences culturelles qui peuvent miner la bonne volonté, la communication ou la proposition des soins. Relancez les détails en fonction des besoins (p. ex. « De quelle façon ? »). Questionnez les barrières aux soins potentielles ou les préoccupations concernant le lieu des soins ou la relation clinicien – patient évoquées précédemment.

Parfois il existe des malentendus entre les médecins et les patients parce qu'ils viennent d'origines différentes ou ont des attentes différentes.

17. Est-ce que vous avez été préoccupé par cela et comment pouvons-nous faire pour proposer les soins dont [LE SUJET] a besoin ?
-

Conceptions culturelles de la détresse⁶

Les *conceptions culturelles de la détresse* font référence aux manières par lesquelles des groupes culturels subissent, comprennent et communiquent la souffrance, des problèmes comportementaux ou des pensées et émotions troublantes. On peut distinguer trois types principaux de conceptions culturelles. Les *syndromes culturels* sont des regroupements de symptômes et d'attributions qui ont tendance à se présenter ensemble chez les sujets d'un groupe, d'une communauté ou d'un contexte culturels spécifiques, et qui sont reconnus localement comme un mode cohérent d'expérience. Les *idiomes culturels de détresse* sont des manières d'exprimer de la détresse qui n'impliquent pas nécessairement des symptômes ou syndromes spécifiques mais qui proposent des manières collectives et partagées d'éprouver et de parler de préoccupations personnelles ou sociales. Par exemple, dans le langage courant, parler des « nerfs » ou de « dépression » peut faire référence à des formes très variables de souffrance sans s'inscrire dans un ensemble de symptômes, dans un syndrome ou un trouble. Les *explications culturelles* ou *causes perçues* sont des étiquettes, attributions ou caractéristiques d'un modèle explicatif qui indiquent un sens ou une étiologie reconnus culturellement pour les symptômes, la maladie ou la détresse.

Ces trois conceptions – syndromes, idiomes et explications – sont plus pertinentes pour la pratique clinique que la formulation antérieure des *syndromes liés à la culture* (*culture-bound syndrome*). Spécifiquement, le terme *syndrome lié à la culture* ne tient pas compte du fait que des différences culturelles importantes sur le plan clinique impliquent souvent des explications et expériences de la détresse plutôt que des configurations de symptômes culturellement distinctes. De plus, le terme *lié à la culture* souligne de manière excessive la particularité locale et la distribution limitée des conceptions culturelles de la détresse. La formulation actuelle reconnaît que *toutes* les formes de détresse sont façonnées localement y compris les troubles du DSM. De ce point de vue, de nombreux diagnostics du DSM peuvent être compris en tant que prototypes opérationnalisés qui ont commencé comme des syndromes culturels et ont fini par être largement acceptés à cause de leur utilité clinique et scientifique. À travers les groupes persistent des différences culturellement modelées concernant les symptômes, les manières de parler de la détresse et les causes perçues localement ; ces différences sont à leur tour associées aux stratégies pour faire face (*coping*) et aux modes de recherche d'aide (Kleinman 1988).

Les conceptions culturelles résultent des systèmes diagnostiques locaux populaires et professionnels pour les détresses mentales et émotionnelles ; elles peuvent aussi refléter l'influence des conceptions biomédicales. Les conceptions culturelles ont quatre caractéristiques principales en lien avec la nosologie du DSM-5 :

- il n'y a que très rarement une correspondance univoque entre une conception culturelle et une entité diagnostique du DSM-5 ; la correspondance est susceptible d'être plutôt hétérogène dans les deux sens. Des symptômes et comportements qui dans le DSM sont rangés dans différents troubles peuvent faire part d'une seule conception populaire ; et des présentations diverses qui sont classées par le DSM-5 en tant que variantes d'un seul trouble peuvent être rangées dans différentes conceptions distinctes dans un système diagnostique indigène ;
- les conceptions culturelles peuvent s'appliquer à un éventail large de sévérité, y compris des présentations qui ne correspondent aux critères du DSM pour aucun trouble mental. Par exemple, un sujet vivant un deuil aigu ou une difficulté sociale

6. NDT. Traduction de *Cultural Concepts of Distress*.

peut utiliser le même idiome de détresse ou exprimer le même syndrome culturel qu'une autre personne avec une psychopathologie plus sévère ;

- selon l'usage commun, le même terme culturel signifie souvent plus qu'un seul type de conception culturelle. Un exemple familial est la conception de « dépression », qui peut être utilisée pour décrire un syndrome (p. ex. trouble dépressif caractérisé), un idiome de détresse (p. ex. comme dans l'expression courante « je suis déprimé ») ou en tant que cause perçue (proche de « stress ») ;
- à l'instar de la culture et du DSM lui-même, les conceptions culturelles peuvent changer avec le temps en réponse aux influences aussi bien locales que globales.

Les conceptions culturelles sont importantes pour les diagnostics psychiatriques pour plusieurs raisons :

- **pour éviter des diagnostics erronés** : les variations culturelles des symptômes et des modèles explicatifs associés à ces conceptions culturelles peuvent amener les cliniciens à mal juger la sévérité d'un problème ou à attribuer un mauvais diagnostic (p. ex. des explications spirituelles inhabituelles peuvent être mal interprétées comme psychotiques) (Alarcón et al. 1999) ;
- **pour obtenir des informations cliniques utiles** : les variations culturelles des symptômes et attributions peuvent être associées à des caractéristiques particulières de risque, de résilience et d'évolution (Lewis-Fernández et al. 2009) ;
- **pour une amélioration de la relation thérapeutique et de l'engagement** : « Parler la langue du patient », aussi bien sur le plan linguistique qu'en ce qui concerne ses conceptions et métaphores prédominantes, peut conduire à une meilleure communication et satisfaction, faciliter la négociation du traitement et mener à une adhésion aux soins plus élevée (Kleinman et Benson 2006) ;
- **pour une amélioration de l'efficacité thérapeutique** : la culture a une influence sur les mécanismes psychologiques du trouble, ce qui doit être compris et discuté pour améliorer l'efficacité clinique (Hinton et Lewis-Fernández 2010). Par exemple, des cognitions de catastrophe spécifiques à une culture peuvent contribuer à faire escalader les symptômes vers une attaque de panique (Hinton et al. 2010) ;
- **pour guider la recherche clinique** : des connexions localement perçues entre des conceptions culturelles peuvent aider à identifier des modes de comorbidité et des substrats biologiques sous-jacents (Kirmayer 1991) ;
- **pour clarifier l'épidémiologie culturelle** : les conceptions culturelles de détresse ne sont pas approuvées par tous de manière uniforme dans une culture donnée. La distinction entre syndromes, idiomes et explications fournit une approche pour l'étude de la distribution des caractéristiques culturelles de la maladie à travers les cadres et les régions et à travers le temps. Cette approche suggère aussi des questions sur les déterminants culturels du risque, du parcours et de l'évolution dans le cadre clinique et en population générale pour augmenter les résultats reposant sur des preuves dans la recherche culturelle (Weiss 2001).

Le DSM-5 inclut des informations sur les conceptions culturelles pour améliorer la précision du diagnostic et l'étendue de l'évaluation clinique. L'évaluation clinique de sujets présentant ces conceptions culturelles doit déterminer s'ils remplissent les critères du DSM-5 pour un trouble spécifié ou pour le diagnostic *d'un autre trouble spécifié ou non spécifié*. Une fois le diagnostic d'un trouble posé, les termes et explications culturels doivent être inclus dans la formulation du cas clinique ; ils peuvent aider à clarifier des symptômes et attributions étiologiques qui pourraient être troublants autrement. Les sujets dont les symptômes ne remplissent pas les critères du DSM pour un trouble mental spécifique peuvent toujours attendre et avoir besoin d'un traitement ; cela doit être évalué au cas par cas. En plus de l'EFC et de ses modules supplémentaires, le

DSM-5 contient les informations et instruments suivants qui peuvent être utiles quand on cherche à intégrer les informations culturelles dans la pratique clinique :

- **des données dans les critères et le texte du DSM-5 pour des troubles spécifiques :** le texte inclut des informations sur les variations culturelles concernant la prévalence, la symptomatologie, les conceptions culturelles associées et d'autres aspects cliniques. Il est important de souligner qu'il n'y a pas de correspondance univoque au niveau catégoriel entre les troubles du DSM et les conceptions culturelles. Le diagnostic différentiel pour un sujet doit donc contenir les informations sur la variation culturelle avec les informations sollicitées par l'EFC ;
- **d'autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique :** certaines des situations cliniques identifiées par l'EFC peuvent correspondre aux codes V ou Z – par exemple des difficultés d'acculturation, des difficultés relationnelles entre parents et enfants ou des difficultés spirituelles ou religieuses ;
- **le glossaire des conceptions culturelles de détresse :** ce glossaire se trouve dans l'annexe et propose des exemples de conceptions culturelles de détresse bien connues qui illustrent la pertinence de l'information culturelle pour le diagnostic clinique et les relations entre syndromes culturels, idiomes de détresse et explications causales.

Références

Conceptions culturelles de la détresse

- Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks EF, Ruiz P: Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 187(8):465–471, 1999 10463063
- Hinton DE, Lewis-Fernández R: Anxiety disorders and idioms of distress : a model of generation and its treatment implications, in *Anxiety Disorders: Theory, Research, and Clinical Perspectives*. Edited by Simpson HB, Neria Y, Lewis-Fernández R, Schneier F. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2010, pp 127–138
- Hinton DE, Pich V, Marques L, et al: Khyâl attacks: a key idiom of distress among traumatized Cambodia refugees. *Cult Med Psychiatry* 34(2):244–278, 2010 20407813
- Kirmayer LJ: The place of culture in psychiatric nosology: Taijin kyofusho and DSM-III-R. *J Nerv Ment Dis* 179(1):19–28, 1991 1985144
- Kleinman A: *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York, Free Press, 1988
- Kleinman A, Benson P: Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 3(10):e294, 2006 17076546
- Lewis-Fernández R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, et al: Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis* 197(5):337–347, 2009 19440107
- Weiss MG: Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Anthropology and Medicine* 8:5–29, 2001 10.1080/13648470120070980

Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5

L'approche actuelle des troubles de la personnalité figure dans la section II du DSM-5 et un modèle alternatif développé pour le DSM-5 est présenté ici dans la section III. L'inclusion de ces deux modèles dans le DSM-5 correspond à la décision du Conseil d'administration de l'Association américaine de psychiatrie (*APA Board of Trustees*) d'assurer la continuité avec la pratique clinique actuelle tout en introduisant une nouvelle approche destinée à pallier les nombreux défauts de l'approche traditionnelle des troubles de la personnalité. À titre d'exemple, un patient typique, qui répond aux critères d'un trouble spécifique de la personnalité remplit fréquemment aussi les critères de plusieurs autres troubles de la personnalité. De la même façon, un autre trouble de la personnalité, spécifié ou non, est souvent le diagnostic correct mais il s'avère en grande partie non informatif, dans la mesure où les patients n'ont pas tendance à se présenter avec des configurations symptomatiques correspondant à un – et un seul – trouble de la personnalité.

Dans le modèle alternatif du DSM-5 qui suit, les troubles de la personnalité sont caractérisés par des altérations du *fonctionnement* de la personnalité et par des traits de personnalité pathologique. Les diagnostics spécifiques de troubles de la personnalité qui peuvent ressortir de ce modèle sont les personnalités antisociale, évitante, borderline, narcissique, obsessionnelle-compulsive et schizotypique. Cette approche comprend aussi un diagnostic de trouble de la personnalité spécifié par des traits (TP-ST) qui peut être porté lorsqu'on considère qu'un trouble de la personnalité est présent mais que les critères de l'un des troubles spécifiques isolés ne sont pas remplis.

Critères généraux pour un trouble de la personnalité

Critères généraux pour un trouble de la personnalité

Les caractéristiques essentielles d'un trouble de la personnalité sont

- A. Une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité (soi/interpersonnel).
- B. Au moins un trait pathologique de personnalité.
- C. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales.
- D. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.
- F. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas seulement imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (p. ex. un traumatisme crânien grave).

- G. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux comprises comme faisant partie d'un stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal.

Un diagnostic de trouble de la personnalité nécessite deux conditions : 1) une évaluation de l'altération du niveau de fonctionnement de la personnalité, nécessaire pour le critère A, et 2) une évaluation des traits de personnalité pathologique, nécessaire pour le critère B. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales (critère C), sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (critère D), ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (critère E), ne sont pas imputables aux effets d'une substance ou à une autre affection médicale (critère F) et ne sont pas mieux comprises comme faisant partie d'un stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal (critère G).

Par définition, tous les troubles de la personnalité décrits dans la section III à l'aide d'un ensemble de critères, de même que le trouble de la personnalité spécifié par des traits, répondent à ces critères généraux.

Critère A : niveau de fonctionnement de la personnalité

Le noyau de la psychopathologie de la personnalité réside dans les perturbations du fonctionnement de la personnalité au niveau du **soi** (Bender et al., 2011) et de la sphère **interpersonnelle** évaluées dans ce modèle alternatif sur un continuum.

Le fonctionnement du soi comprend l'identité et l'autodétermination ; le fonctionnement interpersonnel comprend l'empathie et l'intimité. L'échelle de niveau de fonctionnement de la personnalité (ENFP, cf. [tableau 2](#), p. 998) explore chacun de ces éléments pour distinguer cinq niveaux d'altération, allant de l'absence d'altération ou d'une altération minimale (fonctionnement adapté, sain : niveau 0), à un certain degré d'altération (niveau 1), à une altération moyenne (niveau 2), grave (niveau 3) et extrême (niveau 4).

Tableau 1. Éléments de fonctionnement de la personnalité

Soi :	
1.	Identité : Expérience de soi-même comme unique, avec des frontières claires entre soi et les autres ; stabilité de l'estime de soi et appréciation correcte de soi-même, capacité de réguler une gamme d'expériences émotionnelles.
2.	Autodétermination ¹ : Poursuite d'objectifs cohérents, à court terme et au long cours (sens donné à la vie) ; utilisation de standards internes de comportement prosociaux et constructifs ; capacité de réfléchir sur soi de façon constructive.
Interpersonnel :	
1.	Empathie : Compréhension et appréciation des expériences et des motivations d'autrui. Tolérance de perspectives diverses. Compréhension des effets de son propre comportement sur autrui.
2.	Intimité : Profondeur et durée du contact avec autrui ; désir et capacité d'entretenir des relations proches ; le comportement interpersonnel témoigne d'une considération mutuelle.

¹ NDT. En anglais : *Self-direction*. Dans le modèle à cinq facteurs de la personnalité, *Self-directedness* a été traduit par *détermination*.

L'altération du fonctionnement de la personnalité est un élément de prédiction de l'existence d'un trouble de la personnalité et la sévérité de l'altération prédit si l'individu a plus d'un trouble de la personnalité ou l'une des formes typiquement graves de troubles de la personnalité (Morey et al., 2011). Un niveau d'altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne est requis pour le diagnostic de trouble de la personnalité. Ce seuil diagnostique repose sur des bases empiriques ; c'est en effet ce niveau qui correspond de façon optimale à la capacité du clinicien à identifier de façon adéquate et efficace une pathologie de la personnalité (Morey et al., submitted for publication).

Critère B : traits pathologiques de personnalité

Les traits pathologiques de personnalité appartiennent à cinq grands domaines : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme. Vingt-cinq facettes de traits sont réparties dans ces cinq grands domaines. Ces facettes proviennent initialement d'une revue des modèles de traits de personnalité existants et des recherches répétées effectuées chez des patients faisant appel à des services de santé mentale (Krueger et al. 2011a ; Krueger et al. 2011b ; Krueger et al. 2012). La taxonomie complète des traits figure dans le tableau 3 (p. 912). Les critères B pour les différents troubles de la personnalité comprennent des sous-ensembles de ces 25 facettes de traits issus de revues avec méta-analyses (Samuel et Widiger 2008 ; Saulsman et Page 2004) et de données empiriques sur les relations entre les traits de personnalité et les diagnostics de troubles de la personnalité selon le DSM-IV.

Critères C et D : caractère envahissant et stabilité

Dans la mesure où la personnalité est définie comme un mode de percevoir, de penser et d'entrer en relation avec son environnement et avec soi-même, les altérations du fonctionnement de la personnalité et les traits pathologiques de personnalité sont relativement envahissants et surviennent dans des contextes personnels et sociaux divers. Le terme « relativement » illustre le fait qu'à part les cas des personnalités pathologiques les plus extrêmes, les troubles de la personnalité font preuve d'un certain degré d'adaptabilité. Le mode de fonctionnement dans les troubles de la personnalité est mal adapté et relativement rigide, ce qui conduit à un certain degré d'incapacité dans diverses activités importantes : sociales, professionnelles ou autres, dans la mesure où les sujets sont incapables de modifier leur comportement ou leur façon de penser, même lorsqu'ils sont confrontés à la preuve que leur façon de faire est inefficace. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et les traits de personnalité sont aussi *relativement* stables. Les traits de personnalité – ou dispositions à se comporter ou à ressentir selon certaines modalités – sont plus stables que les expressions symptomatiques de ces dispositions ; cependant, les traits de personnalité peuvent aussi changer. Les altérations du fonctionnement de la personnalité sont plus stables que les symptômes.

Critères E, F et G : explications alternatives en matière de pathologie de la personnalité (diagnostic différentiel)

Dans certaines circonstances, ce qui apparaît comme un trouble de la personnalité peut être mieux expliqué par un autre trouble mental, par les effets d'une substance, par une autre affection médicale, par l'état développemental normal (p. ex. adolescence ou âge avancé) ou par l'environnement socioculturel du sujet. En présence d'un autre trouble mental, on ne fait pas le diagnostic de trouble de la personnalité si les manifestations du trouble de la personnalité sont clairement une expression de l'autre trouble mental (p. ex. s'il n'existe des caractéristiques d'un trouble schizotypique de la personna-

lité que dans un contexte de schizophrénie). Par ailleurs, des troubles de la personnalité peuvent être diagnostiqués à juste titre en présence d'un autre trouble mental comme un trouble dépressif caractérisé (Morey et al. 2010) et des troubles de la personnalité comorbides doivent être recherchés chez les patients ayant d'autres troubles mentaux dans la mesure où les troubles de la personnalité modifient souvent l'évolution des autres troubles mentaux (Hasin et al. 2011 ; Skodol et al. 2011). En d'autres termes, il est toujours approprié d'évaluer le fonctionnement de la personnalité et les traits de personnalité pathologique pour préciser le contexte d'une autre psychopathologie.

Troubles spécifiques de la personnalité

La section III comprend des critères diagnostiques pour les troubles de la personnalité antisociale, évitante, borderline, narcissique, obsessionnelle-compulsive et schizotypique. Chaque trouble de la personnalité est défini par des altérations typiques du fonctionnement de la personnalité (critère A) et par des traits caractéristiques de personnalité pathologique (critère B) :

- les caractéristiques typiques d'une **personnalité antisociale** sont l'absence de conformité à un comportement respectueux des lois et de l'éthique, un égocentrisme et une absence de considération pour autrui, accompagnés de malhonnêteté, d'irresponsabilité, de tendances manipulatoires et/ou de prise de risque ;
- les caractéristiques typiques d'une **personnalité évitante** sont l'évitement des situations sociales et l'inhibition des relations interpersonnelles liés à des sentiments de ne pas être à la hauteur et d'être incompetent, à une préoccupation anxieuse en rapport avec la crainte d'être rejeté ou évalué négativement, à une peur du ridicule ou à une peur de se sentir embarrassé ;
- les caractéristiques typiques d'une **personnalité borderline** sont l'instabilité de l'image de soi, des objectifs personnels, des relations interpersonnelles et des affects, accompagnée d'impulsivité, de prise de risque et/ou d'hostilité ;
- les caractéristiques typiques d'une **personnalité narcissique** sont une estime de soi fragile et variable, avec des tentatives de régulation grâce à la recherche d'attention et d'approbation de la part d'autrui et une grandiosité qui peut être manifeste ou cachée ;
- les caractéristiques typiques d'une **personnalité obsessionnelle-compulsive** sont des difficultés pour établir et pour maintenir des relations proches, associées à une perfectionnisme rigide, à une inflexibilité et à une expression émotionnelle restreinte ;
- les caractéristiques typiques d'une **personnalité schizotypique** sont des altérations de la capacité d'entretenir des relations sociales intimes et des excentricités dans les cognitions, les perceptions et le comportement, associées à une distorsion de l'image de soi et à des objectifs personnels incohérents accompagnés d'une méfiance et d'une restriction de l'expression émotionnelle.

Les critères A et B pour les six troubles spécifiques de la personnalité, ainsi que pour le TP-ST, figurent ci-après. Tous les troubles de la personnalité répondent aussi aux critères généraux d'un trouble de la personnalité (critères C à G).

Personnalité antisociale

Les caractéristiques typiques d'une personnalité antisociale sont l'incapacité de se conformer à un comportement respectueux des lois et de l'éthique, un manque d'intérêt pour autrui avec égocentrisme, accompagnés de malhonnêteté, d'irresponsabilité, de tendances manipulatoires et/ou de prise de risque. Des difficultés caractéristique sont apparentes dans l'identité, l'autodétermination, l'empathie et/ou l'intimité comme cela est décrit ci-après, avec des traits mal adaptés spécifiques dans les domaines de l'antagonisme et de la désinhibition.

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants :
1. **Identité** : Égocentrisme, estime de soi liée à un profit personnel, au pouvoir ou au plaisir.
 2. **Auto-détermination** : Objectifs fondés sur une satisfaction personnelle, absence de standards internes prosociaux associée à une incapacité de se conformer à un comportement respectueux de la loi ou culturellement et éthiquement normatif
 3. **Empathie** : Manque d'intérêt pour les sentiments, les besoins ou la souffrance d'autrui ; manque de remords après avoir maltraité ou fait souffrir autrui
 4. **Intimité** : Incapacité d'entretenir des relations mutuelles proches car le moyen principal d'entrer en relation avec autrui est l'exploitation, y compris par tromperie et coercition ; utilisation de sa supériorité ou de l'intimidation pour contrôler autrui
- B. Au moins six des sept traits pathologiques suivants :
1. **Tendances manipulatoires** (un aspect de l'**antagonisme**) : Utilisation fréquente de subterfuges pour influencer ou contrôler autrui ; opère avec séduction, charme, désinvolture ou des attitudes doucereuses pour aboutir à ses fins.
 2. **Dureté/insensibilité** (un aspect de l'**antagonisme**) : Manque d'intérêt pour les sentiments ou les problèmes d'autrui ; manque de culpabilité ou de remords à propos des effets négatifs voire nocifs de son action sur autrui ; agression, sadisme.
 3. **Malhonnêteté** (un aspect de l'**antagonisme**) : Tromperies et fraudes ; représentation erronée de sa personne ; enjolivement de la vérité ou inventions quand le sujet relate des événements.
 4. **Hostilité** (un aspect de l'**antagonisme**) : Sentiments de colère persistants ou fréquents ; colère ou irritabilité en réponse à des affrontements mineurs et à des insultes ; comportement mauvais, méchant ou vindicatif.
 5. **Prise de risque** (un aspect de la **désinhibition**) : S'engage dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables, superflues, sans considération pour les conséquences ; tendance à l'ennui ; se lance dans des activités irréfléchies pour lutter contre cet ennui ; ne se sent pas concerné par ses limites et déni de la réalité d'un danger personnel encouru.
 6. **Impulsivité** (un aspect de la **désinhibition**) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats ; agit dans l'instant, sans projet ni considération pour les conséquences ; difficultés pour faire des plans et les suivre.
 7. **Irresponsabilité** (un aspect de la **désinhibition**) : Ne prend pas en considération – et n'honore pas – les obligations financières et les autres engagements ; ne respecte pas accords et promesses qu'il ne tient pas.

N.B. : Le sujet a au moins 18 ans.

Spécifier si :

Avec caractéristiques psychopathiques

Spécifications. Une variante souvent intitulée *psychopathie* (ou psychopathie « primaire ») est caractérisée par une absence d'anxiété ou de peur et par un style interpersonnel intrépide qui peut masquer des comportements mal adaptés (p. ex. frauduleux). Cette variante psychopathique est caractérisée par un bas niveau de tendance anxieuse (domaine de l'affectivité négative) et de retrait (domaine du détachement) et par un haut niveau de recherche d'attention (domaine de l'antagonisme). Une recherche d'attention élevée avec un niveau bas de retrait correspond à la composante de « puissance sociale » (assertivité/dominance) de la psychopathie tandis que la composante

d'immunité vis-à-vis des stress (stabilité émotionnelle/résilience) correspond à un bas niveau de tendance anxieuse.

Outre les caractéristiques psychopathiques, des spécifications concernant les traits et le fonctionnement de la personnalité, non exigées pour le diagnostic, peuvent s'avérer utiles pour enregistrer d'autres caractéristiques de personnalité chez les personnalités antisociales. Par exemple, des traits d'affectivité négative (p. ex. la tendance anxieuse) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité antisociale (cf. critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque cela paraît approprié. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité antisociale (critère A), le niveau du fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Personnalité évitante

Les caractéristiques typiques de la personnalité évitante sont l'évitement de situations sociales et l'inhibition de relations interpersonnelles liés à des sentiments de ne pas être à la hauteur et d'être incompetent, à une préoccupation anxieuse en rapport avec la crainte d'être rejeté ou évalué négativement et à des peurs de se sentir ridicule ou embarrassé. Des difficultés caractéristiques sont apparentes au niveau de l'identité, de l'autodétermination, de l'empathie et/ou l'intimité, comme cela est décrit ci-dessous, avec des traits mal adaptés spécifiques dans les domaines de l'affectivité négative et du détachement.

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
 1. **Identité** : Estime de soi basse avec appréciation de soi-même comme socialement inepte, peu attrayant ou inférieur ; sentiments excessifs de honte.
 2. **Autodétermination** : Standards comportementaux irréalistes avec une réticence à poursuivre des objectifs, prendre des risques personnels ou s'engager dans de nouvelles activités impliquant un contact interpersonnel.
 3. **Empathie** : Préoccupation par les (et sensibilité aux) critiques ou le rejet associée à des inférences biaisées ou négatives concernant les attentes d'autrui.
 4. **Intimité** : Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé ; diminution des relations intimes en raison d'une peur d'être ridicule ou de se sentir honteux.
 - B. Au moins trois des quatre traits pathologiques suivants, l'un d'entre eux devant être : (1) la tendance anxieuse :
 1. **Tendance anxieuse** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Sentiments intenses de nervosité, tension, panique, souvent en réaction à des situations sociales ; soucis à propos des effets négatifs d'expériences passées désagréables et de possibilités futures négatives ; éprouve des sentiments de peur ou d'appréhension, ou se sent menacé par l'incertitude ; peur de se sentir embarrassé.
 2. **Retrait** (un aspect du **détachement**) : Réticence pour les relations sociales ; évitement des activités et des contacts sociaux ; absence d'initiative de contact social.
 3. **Anhédonie** (un aspect du **détachement**) : Manque de plaisir éprouvé ou d'engagement ou d'énergie dans les expériences de la vie ; déficit de la capacité de ressentir du plaisir ou de s'intéresser aux choses.
 4. **Évitement de l'intimité** (un aspect du **détachement**) : Évitement des relations proches et sentimentales, des attachements interpersonnels et des relations sexuelles intimes.
-

Spécifications. Il existe une grande hétérogénéité des traits de personnalité associés chez les sujets diagnostiqués comme ayant une personnalité évitante. Des spécifications concernant les traits et le niveau de fonctionnement de la personnalité peuvent être utilisées pour enregistrer des caractéristiques additionnelles de personnalité susceptibles d'être présentes. Par exemple, d'autres traits d'affectivité négative (p. ex. dépressivité, insécurité liée à la séparation, tendance à la soumission, méfiance, hostilité) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité évitante (critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque cela paraît approprié. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité évitante (critère B), le niveau du fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Personnalité borderline

Les caractéristiques typiques de la personnalité borderline sont l'instabilité de l'image de soi, des objectifs personnels, des relations interpersonnelles et des affects, associée à l'impulsivité, à la prise de risque et/ou à l'hostilité. Les difficultés caractéristiques sont apparentes au niveau de l'identité, de l'autodétermination, de l'empathie et/ou de l'intimité, comme cela est décrit ci-après, avec des traits mal adaptés spécifiques dans le domaine de l'affectivité négative, de l'antagonisme et/ou de la désinhibition.

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
1. **Identité** : Image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress.
 2. **Autodétermination** : Instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.
 3. **Empathie** : Incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c.-à-d. prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».
 4. **Intimité** : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé ; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.
- B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : (5) impulsivité, (6) prise de risque ou (7) hostilité :
1. **Labilité émotionnelle** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.
 2. **Tendance anxieuse** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives ; se sent craintif, inquiet, menacé par l'incertitude ; peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle.
 3. **Insécurité liée à la séparation** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé(e) d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.

4. **Dépressivité** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.
5. **Impulsivité** (un aspect de la **désinhibition**) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle.
6. **Prise de risque** (un aspect de la **désinhibition**) : Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences ; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.
7. **Hostilité** (un aspect de l'**antagonisme**) : Sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs.

Spécifications. Des spécifications concernant les traits de personnalité et le niveau de fonctionnement de la personnalité peuvent être utilisées pour enregistrer des caractéristiques additionnelles de personnalité qui peuvent être présentes dans la personnalité borderline mais qui ne sont pas exigées pour le diagnostic. Par exemple, des traits de psychoticisme (p. ex. une dysrégulation cognitive et perceptuelle) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité borderline (cf. critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque cela paraît approprié. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité borderline, le niveau de fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Personnalité narcissique

Les caractéristiques typiques de la personnalité narcissique sont une estime de soi fragile et variable, des tentatives de régulation à travers la recherche d'attention et d'approbation de la part d'autrui et une grandiosité, manifeste ou cachée. Des difficultés caractéristiques sont apparentes dans l'identité, l'autodétermination, l'empathie, et/ou l'intimité comme cela est décrit ci-après, avec des traits mal adaptés spécifiques dans le domaine de l'antagonisme.

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
 1. **Identité** : Référence excessive à autrui pour la définition de soi-même et pour la régulation de l'estime de soi ; appréciation de soi exagérée : celle-ci peut être enflée ou au contraire dévaluée ou osciller entre ces deux extrêmes ; la régulation émotionnelle varie en fonction des fluctuations de l'estime de soi.
 2. **Autodétermination** : L'établissement des objectifs repose sur l'obtention de l'approbation de la part d'autrui ; les standards personnels sont placés soit déraisonnablement hauts, afin de se voir comme quelqu'un d'exceptionnel, soit trop bas car reposant sur le sentiment du sujet que tout lui est dû ; n'a souvent pas conscience de ses motivations propres.
 3. **Empathie** : Altération de la capacité de reconnaître ou d'éprouver les sentiments et les besoins d'autrui. Excessivement « branché » sur les réactions d'autrui mais seulement si celles-ci sont perçues comme pertinentes pour soi-même ; sur- ou sous-estimation de l'effet produit sur autrui.

4. **Intimité** : Relations à autrui très superficielles, servant à la régulation de l'estime de soi ; réciprocité limitée en raison d'un faible intérêt réel pour les expériences d'autrui ; prédominance du besoin d'un avantage personnel.
- B. Présence des deux traits pathologiques suivants :
1. **Grandiosité** (un aspect de l'**antagonisme**). Sentiment du sujet que tout lui est dû, soit manifeste, soit caché ; centré sur soi, s'accroche fermement à la croyance qu'il est meilleur qu'autrui, condescendant vis-à-vis d'autrui.
 2. **Recherche de l'attention d'autrui** (un aspect de l'**antagonisme**). Tentatives excessives pour être au centre de l'attention d'autrui ; recherche l'admiration d'autrui.

Spécifications. Des spécifications des traits et du fonctionnement de la personnalité peuvent être employées pour enregistrer des caractéristiques additionnelles de personnalité qui peuvent être présentes dans la personnalité narcissique mais ne sont pas exigées pour le diagnostic. Par exemple, d'autres traits de l'antagonisme (p. ex. tendances manipulatoires, malhonnêteté, dureté/insensibilité) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité narcissique (cf. critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque des caractéristiques d'antagonisme plus envahissantes (p. ex. le narcissisme « malin ») sont présentes. D'autres traits de l'affectivité négative (p. ex. dépressivité de l'humeur, tendance anxieuse) peuvent être spécifiés pour enregistrer des présentations plus vulnérables. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité narcissique (critère A), le niveau de fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Personnalité obsessionnelle-compulsive

Les caractéristiques typiques de la personnalité obsessionnelle-compulsive sont des difficultés pour établir et maintenir des relations proches associées à un perfectionnisme rigide, à une inflexibilité et à une expression émotionnelle restreinte. Les difficultés caractéristiques sont apparentes dans l'identité, l'autodétermination, l'empathie et/ou l'intimité, comme cela est décrit ci-après, avec des traits mal adaptés spécifiques dans les domaines de l'affectivité négative et du détachement.

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
1. **Identité** : Sens du soi provenant essentiellement du travail et de la productivité ; limitation de l'expérience et de l'expression des émotions fortes.
 2. **Autodétermination** : Difficulté pour terminer les tâches et pour remplir les objectifs, associée à des standards internes de comportement rigides, déraisonnablement élevés et inflexibles, hyperconsciencieux et attitudes moralistes.
 3. **Empathie** : Difficultés à comprendre et à apprécier les idées, les sentiments ou les comportements d'autrui.
 4. **Intimité** : Les relations passent après le travail et la productivité ; rigidité et entêtement affectent négativement les relations à autrui.
- B. Au moins trois des quatre traits pathologiques suivants, l'un d'entre eux devant être : (1) perfectionnisme rigide :
1. **Perfectionnisme rigide** (un aspect du caractère consciencieux extrême [pôle opposé de la désinhibition]) : Insistance rigide pour que tout soit parfait, sans fautes ni erreurs, qu'il s'agisse des performances d'autrui ou des siennes propres, sacrifice de la rapidité pour s'assurer que tout est correct jusque dans le moindre détail ; croit

qu'il n'y a qu'une seule bonne façon de faire les choses ; difficulté pour changer d'avis ou de point de vue ; préoccupé par les détails, l'organisation et l'ordre.

2. **Persévération** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Reste sur des tâches bien après que le comportement ait cessé d'être fonctionnel ou efficace ; poursuite du même comportement malgré des échecs répétés.
3. **Évitement de l'intimité** (un aspect du **détachement**) : Évitement des relations proches ou sentimentales, des attachements personnels et des relations sexuelles intimes.
4. **Affectivité restreinte** (un aspect du **détachement**) : Peu de réactions aux situations émotionnellement stimulantes ; restriction de l'expérience et de l'expression émotionnelles ; indifférence ou froideur.

Spécifications. Des spécifications pour les traits et pour le fonctionnement de la personnalité peuvent être employées pour enregistrer des caractéristiques de personnalité additionnelles qui peuvent être présentes dans le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive mais qui ne sont pas exigées pour le diagnostic. Par exemple, d'autres traits d'affectivité négative (p. ex. la tendance anxieuse) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité obsessionnelle-compulsive (*cf.* critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque cela paraît approprié. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité obsessionnelle-compulsive (critère A), le niveau de fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Personnalité schizotypique

Les caractéristiques typiques de la personnalité schizotypique sont des altérations de la capacité d'avoir des relations sociales, des relations proches, et des excentricités dans les cognitions, les perceptions et le comportement, associées à une distorsion de l'image de soi, à des objectifs personnels incohérents et accompagnées d'une méfiance et d'une restriction de l'expression émotionnelle. Les difficultés caractéristiques sont apparentes dans l'identité, l'autodétermination, l'empathie et l'intimité associées à des traits mal adaptés spécifiques dans les domaines du psychoticisme et du détachement.

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
 1. **Identité** : Limites incertaines entre soi et les autres ; distorsion du concept de soi ; expression émotionnelle souvent non congruente avec le contexte ou l'expérience interne.
 2. **Autodétermination** : Objectifs irréalistes ou incohérents ; absence de standards internes clairs.
 3. **Empathie** : Difficulté marquée pour comprendre l'impact de ses propres attitudes sur autrui ; mauvaises interprétations fréquentes concernant les motivations et les comportements des autres.
 4. **Intimité** : Altérations marquées du développement des relations intimes associées à de la méfiance et à de l'anxiété.
- B. Au moins quatre des six traits pathologiques suivants :
 1. **Dysrégulation cognitive et perceptuelle** (un aspect du **psychoticisme**) : Mode de pensée bizarre ou inhabituel ; pensée ou discours vague, circonstanciel, métaphorique, trop élaboré ou stéréotypé ; sensations bizarres dans diverses modalités sensorielles.

2. **Croyances et expériences inhabituelles** (un aspect du **psychoticisme**) : Contenu de pensée et vision de la réalité perçus par autrui comme bizarres ou idiosyncrasiques ; expériences inhabituelles de la réalité.
3. **Excentricité** (un aspect du **psychoticisme**) : Comportement ou allure d'apparence étrange, bizarre, inhabituel ; dit des choses inhabituelles ou inappropriées.
4. **Restriction de l'affectivité** (un aspect du **détachement**) : Peu de réactions à des situations émotionnellement stimulantes ; expériences et expressions émotionnelles restreintes ; indifférence ou froideur.
5. **Retrait** (un aspect du **détachement**) : Préfère être seul plutôt qu'avec les autres ; réticence dans les situations sociales ; évitement des activités et des contacts sociaux ; ne prend pas l'initiative de contacts sociaux.
6. **Méfiance** (un aspect du **détachement**) : S'attend – avec une sensibilité accrue – à ce qu'autrui ait de mauvaises intentions à son égard ou cherche à lui nuire ; doute de la loyauté et de la fidélité d'autrui ; sentiments de persécution.

Spécifications. Des spécifications des traits et du fonctionnement de la personnalité peuvent être employées pour enregistrer des caractéristiques additionnelles de personnalité qui peuvent être présentes dans la personnalité schizotypique mais ne sont pas exigées pour le diagnostic. Par exemple, des traits d'affectivité négative (p. ex. la dépressivité ou la tendance anxieuse) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité schizotypique (*cf.* critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque cela paraît approprié. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité schizotypique (critère A), le niveau de fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Trouble de la personnalité spécifié par des traits

Critères diagnostiques proposés

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants :
 1. **Identité**
 2. **Autodétermination**
 3. **Empathie**
 4. **Intimité**
- B. Au moins un domaine de traits pathologiques de personnalité OU au moins une des facettes spécifiques à l'intérieur des domaines en considérant L'ENSEMBLE des domaines suivants :
 1. **Affectivité négative** (vs stabilité émotionnelle) : Expériences fréquentes et intenses d'un niveau élevé d'une large gamme d'émotions négatives (p. ex. anxiété, dépression, culpabilité/honte, soucis, colère) avec leurs manifestations comportementales (p. ex. auto-agression) ou interpersonnelles (p. ex. dépendance).
 2. **Détachement** (vs extraversion) : Évitement de toute expérience socio-émotionnelle, ce qui comprend à la fois un retrait des interactions interpersonnelles allant des interactions quotidiennes temporaires jusqu'aux relations amicales intimes, avec une restriction de l'expérience et de l'expression affectives, et en particulier une capacité hédonique limitée.
 3. **Antagonisme** (vs agréabilité) : Comportements qui conduisent le sujet à être en désaccord avec autrui, avec un sens exagéré de sa propre importance, une attente concomitante de bénéficier d'un traitement spécial, de même qu'une ferme

antipathie vis-à-vis des autres et une méconnaissance des besoins et des sentiments d'autrui, alors même que le sujet est prêt à utiliser autrui pour renforcer sa propre valorisation.

4. **Désinhibition** (vs caractère consciencieux) : Recherche de satisfactions immédiates conduisant à un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans prise en compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures.
5. **Psychoticisme** (vs lucidité) : Fait preuve d'une large gamme de cognitions et de comportements culturellement non congruents, bizarres ou inhabituels, tant en ce qui concerne le mécanisme (perception, dissociation) que le contenu (p. ex. croyances).

Sous-types. Dans la mesure où les caractéristiques de la personnalité varient sur un continuum de dimensions et de traits multiples, un ensemble général d'expressions potentielles d'un TP-ST peut être représenté par le modèle dimensionnel du DSM-5 des variantes de traits de personnalité mal adaptés (cf. [tableau 3](#) p. 1002). Des sous-types ne sont donc pas nécessaires pour le TP-ST. À la place, les éléments descriptifs qui constituent la personnalité sont fournis, présentés selon un modèle fondé empiriquement. Cet arrangement permet aux cliniciens d'ajuster leur description du profil de trouble de la personnalité pour chaque individu en considérant l'ensemble des traits des 5 domaines et en recourant aux caractéristiques descriptives de ces domaines pour caractériser au mieux chaque sujet.

Spécifications. Les caractéristiques spécifiques des sujets sont toujours enregistrées en évaluant le critère B ; ainsi la combinaison des divers éléments de personnalité qui caractérisent directement chaque individu constitue les spécifications de chaque cas. Par exemple, deux sujets qui sont, tous deux, caractérisés par une labilité émotionnelle, par de l'hostilité et par une dépressivité de l'humeur, peuvent différer en ce que le premier se caractérise en plus par de la dureté/insensibilité, contrairement au second qui ne présente pas ce trait.

Algorithmes de notation d'un trouble de la personnalité

L'exigence de la présence d'au moins deux critères sur les quatre possibles pour le critère A de chacun des six troubles de la personnalité repose sur la maximisation de la relation de ces critères à chaque trouble de la personnalité correspondant. Les seuils diagnostiques pour le critère B ont par ailleurs été établis empiriquement pour modifier le moins possible la prévalence des troubles de la personnalité du DSM-IV, pour minimiser le degré de chevauchement avec les autres troubles de la personnalité et pour optimiser les relations avec l'altération fonctionnelle. Les jeux de critères ainsi établis fournissent une représentation des troubles de la personnalité qui est utile sur le plan clinique avec une haute fidélité en termes de noyaux d'altération du fonctionnement de la personnalité avec leurs différents degrés de gravité et leurs constellations de traits pathologiques de la personnalité.

Diagnostic de trouble de la personnalité

Les sujets qui présentent un mode d'altération du fonctionnement de la personnalité et des traits mal adaptés correspondant à l'un des six types de troubles individualisés doivent être diagnostiqués comme tels. Si un individu a par ailleurs un – voire

plusieurs – traits prédominants susceptibles d’avoir un intérêt clinique, en plus de ceux qui sont requis pour le diagnostic (*cf.* p. ex. la personnalité narcissique), ces traits peuvent alors être notés comme spécificateurs. Les sujets dont le mode de fonctionnement de la personnalité ou le mode des traits est substantiellement différent de chacun des six troubles de la personnalité doivent être diagnostiqués en tant que TP-ST. Un sujet peut ainsi ne pas remplir le nombre de critères nécessaires pour les critères A et B et se trouver par conséquent sous le seuil diagnostique de trouble de la personnalité. L’individu peut avoir des caractéristiques mixtes de troubles de la personnalité ou quelques éléments moins caractéristiques d’un type et être plus justement considéré comme personnalité mixte ou atypique. Le niveau d’altération du fonctionnement de la personnalité et les traits pathologiques qui caractérisent la personnalité de ce sujet peuvent être spécifiés en tant que trouble de la personnalité spécifié par des traits à l’aide de l’échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité (tableau 2) et de la taxonomie des traits pathologiques (tableau 3). Les diagnostics actuels de personnalité paranoïaque, schizoïde, histrionique et dépendante sont aussi représentés par le diagnostic de trouble de la personnalité spécifié par des traits. Ceux-ci sont définis par une altération du fonctionnement de la personnalité d’intensité au minimum moyenne et ils peuvent être spécifiés par des combinaisons adéquates de traits pathologiques de personnalité.

Niveau de fonctionnement de la personnalité

À l’image de la plupart des tendances humaines, le fonctionnement d’une personnalité est distribué le long d’un continuum. Au cœur du fonctionnement et de l’adaptation figurent les modalités particulières de pensée et de compréhension des individus à propos d’eux-mêmes et de leurs interactions avec les autres (Luyten et Blatt 2011). Un sujet qui fonctionne de façon optimale dispose d’un monde psychologique complexe, entièrement élaboré et bien intégré, qui comprend un concept de soi largement positif, dirigé vers un but (volitionnel) et adapté, une vie émotionnelle riche, suffisamment diversifiée et régulée de façon adéquate, une capacité enfin à se considérer comme un membre productif de la société, avec une réciprocité dans des relations interpersonnelles épanouies. À l’extrême opposé du continuum, un individu qui a une pathologie grave de la personnalité ne dispose que d’un monde psychologique appauvri, désorganisé et/ou conflictuel qui comprend un concept de soi fragile, flou et mal adapté, une propension à avoir des émotions négatives mal régulées et une capacité déficiente de disposer d’un fonctionnement interpersonnel et d’un comportement social adaptés.

Fonctionnement du soi et fonctionnement interpersonnel Définition dimensionnelle

La gravité d’ensemble du trouble est sans doute l’élément de prédiction le plus important pour une évaluation prospective de la psychopathologie de la personnalité. Les troubles de la personnalité sont caractérisés de façon optimale par un continuum de sévérité générale avec une spécification additionnelle d’éléments stylistiques dérivés des configurations symptomatiques et des traits de personnalité (Hopwood et al. 2011). Parallèlement, le noyau d’une psychopathologie de la personnalité consiste en une altération des idées et des sentiments concernant le soi et les relations interpersonnelles. Cette notion s’accorde avec de multiples théories de la personnalité et avec les fondements de la recherche (Clarkin et Huprich 2011 ; Pincus 2011). Les composantes de l’échelle du niveau de fonctionnement de la

Tableau 2. Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité

Niveau d'altération	SOI		INTERPERSONNEL	
	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
0 – Peu ou pas d'altération	Conscience permanente d'un soi unique ; maintien des limites adaptées à son rôle. Estime de soi positive consistante et modulée par la personne, avec une appréciation correcte de soi-même. Capable de vivre, de gérer et de contrôler la gamme complète des émotions.	Se fixe et vise des objectifs raisonnables reposant sur une évaluation réaliste de ses capacités. Adopte des standards de comportement appropriés et trouve satisfaction dans de nombreux domaines. Est capable d'examiner ses expériences internes et de les interpréter de façon constructive.	Est capable de comprendre correctement le vécu et les motivations d'autrui, dans la plupart des situations. Comprend et apprécie les points de vue des autres, même quand il ne les partage pas. Se rend compte des effets de ses actions sur autrui.	Maintient de nombreuses relations satisfaisantes et durables dans sa vie personnelle et sociale. Désire et poursuit de nombreuses relations affectueuses, proches et réciproques. Recherche la coopération et l'intérêt mutuel et réagit de façon flexible aux idées, émotions et comportements des autres.
1 – Un certain niveau d'altération	Conscience de soi relativement intacte, avec une diminution légère de la netteté des frontières à l'occasion d'émotions fortes ou d'une souffrance psychique. Estime de soi parfois diminuée, avec une évaluation de soi trop critique ou légèrement déformée. Les émotions fortes peuvent être source de souffrance, avec restriction de l'étendue du vécu émotionnel.	Trop focalisé sur ses objectifs, quelque peu inhibé quant à ses objectifs ou hésitant. Adopte des standards personnels non réalistes ou socialement inappropriés, limitant certains aspects de son épanouissement. Est capable d'examiner ses expériences internes mais peut donner trop d'importance à un aspect particulier (p. ex. intellectuel, émotionnel) de la connaissance de soi.	Capacité légèrement réduite à apprécier et à comprendre le vécu d'autrui ; peut avoir tendance à croire que les autres ont des attentes non raisonnables ou qu'ils désirent le contrôler. Est capable de prendre en considération et de comprendre des points de vue différents du sien mais ne le fait pas. Conscience variable des effets que son comportement peut avoir sur les autres.	Est capable de nouer des relations durables dans sa vie personnelle et sociale, avec légère limitation du degré de profondeur et de satisfaction. Est capable de, et désire, nouer des relations intimes et réciproques mais peut être trop inhibé pour s'exprimer comme il faut et être mal à l'aise en présence d'émotions intenses ou de conflits. La coopération peut être inhibée en raison de standards non réalistes ; légère limitation de la capacité à respecter ou à réagir aux idées, émotions et comportements des autres.

Tableau 2. Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité (suite)

Niveau d'altération	SOI		INTERPERSONNEL	
	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
2 – Altération moyenne	Dépendance excessive par rapport à autrui pour la définition du soi, avec fragilisation de la délimitation des frontières. Estime de soi fragile, influencée par des préoccupations exagérées au sujet des évaluations d'autrui, avec le désir d'être approuvé. Sentiment d'incomplétude ou d'infériorité, avec auto-évaluation compensatrice, augmentée ou diminuée. La gestion des émotions varie en fonction des appréciations positives des autres. Les situations mettant en jeu l'estime de soi peuvent donner lieu à des émotions fortes comme des accès de colère ou des sentiments de honte.	Les objectifs poursuivis ont souvent pour but d'obtenir l'approbation d'autrui plutôt que d'être déterminés par le soi et peuvent ainsi manquer de cohérence et/ou de stabilité. Les standards personnels peuvent être nettement trop élevés (p. ex. impliquer le besoin d'être quelqu'un de spécial ou de vouloir plaire aux autres) ou trop bas (p. ex. en désaccord avec les valeurs sociales dominantes). L'épanouissement est gêné par un sentiment de manque d'authenticité. Capacité d'introspection diminuée.	Hypersensible au vécu d'autrui mais seulement par rapport à l'importance que cela peut avoir pour soi-même. Excessivement concerné par soi-même. Réduction significative de la capacité à apprécier et à comprendre le vécu d'autrui et à changer de point de vue. Habituellement inconscient de l'effet de son comportement sur les autres ou indifférent, ou évaluation non réaliste de cet effet.	Est capable de nouer des relations durables dans sa vie personnelle et sociale mais les connexions peuvent être en grande partie superficielles. Les relations intimes reposent en grande partie sur l'assouvissement des besoins de gestion de soi et d'estime de soi, avec une attente non réaliste d'être parfaitement compris par les autres. A tendance à ne pas concevoir les relations en termes de réciprocité, et coopère essentiellement pour en obtenir un avantage personnel.

Tableau 2. Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité (suite)

Niveau d'altération	SOI		INTERPERSONNEL	
	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
3 – Altération grave	Sens faible de l'autonomie/d'être acteur ; vécu d'un manque d'identité ou d'une sensation de vide. La délimitation de soi est affaiblie ou rigide : parfois identification excessive à autrui, ailleurs accent trop mis sur l'indépendance vis-à-vis d'autrui ou fluctuation entre ces différentes positions. Fragilité de l'estime de soi, facilement influencée par les événements, défaut de cohérence de l'image de soi. Évaluation de soi sans nuance : dégoût de soi-même, surestimation de soi-même, ou combinaison illogique, non réaliste. Les émotions peuvent être rapidement changeantes ou sentiment chronique, inébranlable de désespoir.	Difficulté pour élaborer et/ou réaliser ses buts personnels. Les standards internes du comportement sont peu clairs ou contradictoires. La vie est vécue comme étant dénuée de sens ou dangereuse. Capacité de réflexion et de compréhension à propos de ses propres processus mentaux significativement compromise.	Capacité à considérer et à comprendre les pensées, sentiments et comportements chez autrui significativement limitée. Parvient à discerner des aspects très spécifiques de l'expérience d'autrui, particulièrement les points de vulnérabilité et de souffrance. Habituellement incapable d'envisager des perspectives différentes ; se sent gravement menacé par des différences d'opinion ou des points de vue divergents. Non-conscience ou vision confuse de l'impact de ses propres actions sur autrui ; souvent dérouté par les pensées et les actions d'autrui et attribue fréquemment à autrui des motivations destructrices.	Désire entretenir des relations au sein de la communauté et dans sa vie personnelle mais la capacité à avoir une connexion avec autrui positive et durable est significativement altérée. Les relations reposent sur la croyance ferme d'un besoin absolu d'avoir un proche intime, et/ou s'attend à être abandonné ou abusé. Les sentiments à propos de l'investissement intime d'autrui alternent entre peur/rejet et désir désespéré d'être connecté. Mutualité faible ; la conception d'autrui est élaborée principalement à partir de ses modalités d'action sur le soi (négativement ou positivement) ; les efforts de collaboration sont souvent perturbés par la perception d'affronts de la part d'autrui.

Tableau 2. Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité (suite)

Niveau d'altération	SOI		INTERPERSONNEL	
	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
4 – Altération extrême	Absence quasi totale de la perception d'un soi unique et de la capacité d'être acteur/autonome, ou vécu organisé autour de la perception d'une persécution externe. Les limites avec autrui sont floues ou absentes. Faible image de soi ou image déformée, facilement menacée par les interactions avec autrui ; distorsions significatives et confusion relatives à l'évaluation de soi-même. Émotions non congruentes avec le contexte ou le vécu intérieur. La haine et l'agressivité peuvent constituer des affects dominants mais peuvent être niées ou attribuées à autrui.	Différentiation faible des pensées et des actions, avec un retentissement important sur l'élaboration d'objectifs, aboutissant à des objectifs non réalistes ou incohérents. Absence quasi complète de standards internes de comportement. Épanouissement authentique quasiment inconcevable. Incapacité profonde à réfléchir de façon constructive à sa propre expérience. Les motivations personnelles peuvent être méconnues ou/et vécues comme extérieures à soi.	Incapacité profonde à considérer et à comprendre l'expérience et la motivation d'autrui. L'attention portée aux perspectives d'autrui est quasiment absente (l'attention est hypervigilante et focalisée sur la réalisation des besoins et l'évitement du danger). Les interactions sociales peuvent être cause de confusion et de désorientation.	Le désir d'affiliation ¹ est limité en raison d'un profond désintérêt ou de l'attente d'un danger. L'engagement avec autrui est distant, désorganisé ou négatif de façon consistante. Les relations sont conçues presque exclusivement en termes de capacité à procurer du réconfort ou à causer douleur et souffrance. Le comportement social/interpersonnel n'est pas fait de réciprocité ; il recherche plutôt la réalisation de besoins de base ou l'évitement de la douleur.

¹ NDT. Le terme d'affiliation n'a pas d'équivalent en français. Nous avons utilisé une périphrase dans la traduction française du DSM-IV : capacité de recours à autrui.

Tableau 3. Définitions des domaines et des facettes de traits d'un trouble de la personnalité dans le DSM-5

DOMAINES (pôles opposés) et facettes	Définitions
AFFECTIVITÉ NÉGATIVE (vs stabilité émotionnelle)	Expériences fréquentes et intenses de niveaux élevés d'une large gamme d'émotions négatives (p. ex. anxiété, dépression, culpabilité/honte, soucis, colère) et leurs manifestations comportementales (p. ex. auto-agression) et interpersonnelles (p. ex. dépendance).
Labilité émotionnelle	Instabilité des émotions et de l'humeur ; émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.
Tendance anxieuse	Sentiments de nervosité, tension ou panique en réaction à des situations diverses ; soucis fréquents à propos des effets négatifs d'expériences désagréables passées et de possibilités futures négatives ; se sent anxieux vis-à-vis de et appréhende l'incertitude ; s'attend au pire.
Insécurité liée à la séparation	Peur de la solitude due au rejet ou à la séparation des personnes qui comptent pour soi, reposant sur un manque de confiance dans la capacité de prendre soin de soi, tant physiquement qu'émotionnellement.
Tendance à la soumission	Adaptation de son propre comportement aux intérêts et desirs d'autrui, réels ou perçus, même si se conduire de la sorte va contre ses propres intérêts, besoins ou desirs.
Hostilité	Sentiments de colère persistants ou fréquents ; colère ou irritabilité en réponse à des affronts et à des insultes minimes ; comportement mauvais, méchant ou vengeur. Cf. aussi Antagonisme.
Persévérance	Reste sur des tâches ou sur une façon particulière de faire les choses, bien après que le comportement ait cessé d'être efficace ou fonctionnel ; poursuite du même comportement malgré des échecs répétés ou des raisons claires de l'arrêter.
Dépressivité	Cf. Détachement.
Méfiance	Cf. Détachement.
Affectivité restreinte (manque d')	Le <i>manque</i> de cette facette caractérise des <i>niveaux faibles</i> d'affectivité négative. Cf. Détachement pour la définition de cette facette.
DÉTACHEMENT (vs extraversion)	Évitement des expériences socioprofessionnelles incluant à la fois le retrait des interactions interpersonnelles (allant des interactions quotidiennes épisodiques aux relations amicales intimes) et la restriction de l'expérience et de l'expression affectives, et en particulier une capacité hédonique limitée.
Retrait	Préfère être seul plutôt qu'avec les autres ; réticence pour les situations sociales ; évitement des activités et des contacts sociaux ; manque d'initiative de contact social.
Évitement de l'intimité	Évitement des relations proches ou sentimentales, des attachements interpersonnels et des relations sexuelles intimes.
Anhédonie	Manque de plaisir éprouvé ou d'engagement ou d'énergie dans les expériences de la vie ; déficit de la capacité à ressentir du plaisir et à s'intéresser aux choses.
Dépressivité	Sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable et/ou sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte et/ou de culpabilité, sentiments d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.

Tableau 3. Définitions des domaines et des facettes de traits d'un trouble de la personnalité dans le DSM-5 (suite)

DOMAINES (pôles opposés) et facettes	Définitions
Affectivité restreinte	Peu de réactions aux situations émotionnellement stimulantes ; restriction de l'expérience et de l'expression émotionnelles ; indifférence ou froideur dans les situations normalement attrayantes.
Méfiance	S'attend – avec sensibilité accrue – à ce qu'autrui ait de mauvaises intentions à son égard ou cherche à lui nuire ; doute de la loyauté et de la fidélité d'autrui ; sentiments d'être maltraité, utilisé et/ou persécuté par autrui.
ANTAGONISME (<i>vs</i> agréabilité)	Comportements qui mettent l'individu en désaccord avec autrui, avec un sens exagéré de sa propre importance et une attente concomitante d'un traitement spécial, de même qu'une dureté avec antipathie vis-à-vis des autres, comprenant tout à la fois le fait de méconnaître les besoins et les sentiments d'autrui et le fait d'être prêt à utiliser les autres au bénéfice de la valorisation de soi.
Tendances manipulatoires	Utilisation de subterfuges pour influencer ou contrôler autrui ; opère avec séduction, charme, désinvolture ou attitudes doucereuses pour aboutir à ses fins.
Malhonnêteté	Tromperies et fraudes ; représentations erronées de sa personne ; enjolivement de la vérité ou inventions quand il/elle relate des événements.
Grandiosité	Croit qu'il/elle est supérieur(e) aux autres et mérite un traitement spécial ; autocentré ; sentiments que tout lui est dû ; condescendant vis-à-vis d'autrui.
Recherche d'attention	Se livre à un comportement destiné à attirer l'attention sur soi et à être au centre de l'attention et de l'admiration d'autrui.
Dureté/insensibilité	Manque d'intérêt pour les sentiments ou les problèmes d'autrui ; manque de culpabilité ou de remords à propos des effets négatifs voire nocifs de son action sur autrui.
Hostilité	Cf. Affectivité négative.
DÉSINHIBITION (<i>vs</i> caractère consciencieux)	Recherche de satisfactions immédiates, conduisant à un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans tenir compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures.
Irresponsabilité	Ne prend pas en considération – et n'honore pas – les obligations financières et les autres engagements ; ne respecte pas accords et promesses et ne les suit pas ; ne se soucie pas de la propriété d'autrui.
Impulsivité	Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats ; agit dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences ; difficulté à élaborer et à suivre des plans ; vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle.
Distractibilité	Difficulté pour se concentrer et fixer son attention sur les tâches ; attention facilement détournée par des stimuli étrangers ; difficulté à maintenir un comportement centré sur l'objectif, qu'il s'agisse de planifier ou d'achever une tâche.
Prise de risque	S'engage dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables, superflues, sans considération pour les conséquences ; ne se sent pas concerné par ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel ; poursuite imprudente d'objectifs sans tenir compte du niveau de risque encouru.

Tableau 3. Définitions des domaines et des facettes de traits d'un trouble de la personnalité dans le DSM-5 (suite)

DOMAINES (pôles opposés) et facettes	Définitions
Perfectionnisme rigide (manque de)	Insistance rigide pour que tout soit parfait, sans fautes ni erreurs, qu'il s'agisse des performances d'autrui ou des siennes propres ; incapable de faire les choses à temps à cause d'un souci excessif pour l'exactitude des détails ; croit qu'il n'y a qu'une seule bonne manière de faire les choses ; difficulté pour changer d'idée et/ou de point de vue ; préoccupé par les détails, l'organisation et l'ordre. Le <i>manque</i> de cette facette caractérise de <i>faibles niveaux</i> de désinhibition.
PSYCHOTICISME (vs lucidité)	Montre une large gamme de cognitions et de comportements culturellement incongrus, bizarres, excentriques ou inhabituels à la fois en ce qui concerne le mécanisme (perception, dissociation) que le contenu (p. ex. croyances).
Croyances et expériences inhabituelles	Le sujet croit qu'il a des capacités inhabituelles comme la lecture de la pensée ou la télékinésie, fusion des pensées et des actions, expériences inhabituelles de la réalité, y compris des expériences d'allure hallucinatoire.
Excentricité	Comportement, allure ou discours d'apparence étrange, bizarre, inhabituel ; pensées étranges et imprévisibles ; dit des choses inhabituelles ou inappropriées.
Dysrégulation cognitive et perceptuelle	Mode de pensée et expériences bizarres ou inhabituelles, y compris des expériences de dépersonnalisation, de déréalisation et de dissociation, expériences d'états mixtes de veille-sommeil ; expériences de contrôle de la pensée.

personnalité – l'identité, l'autodétermination, l'empathie et l'intimité (cf. [tableau 1](#)) – sont des éléments centraux pour décrire le continuum du fonctionnement de la personnalité ([Bender et al. 2011](#) ; [Morey et al. 2011](#)).

Les représentations mentales du soi et les relations interpersonnelles s'influencent réciproquement et sont intimement mêlées ([Luyten et Blatt 2011](#)) ; elles influencent la nature de l'interaction avec les professionnels de la santé mentale et peuvent avoir un impact significatif sur l'efficacité du traitement et sur l'issue des troubles ([Bender et al. 2011](#)), d'où l'importance de l'évaluation du concept de soi caractéristique d'un individu, aussi bien que des points de vue d'autres personnes ou relations. Bien que l'importance de la perturbation du soi et du fonctionnement interpersonnel soit distribuée de façon continue, il est utile d'apprécier le niveau d'altération du fonctionnement lors du bilan clinique, de la planification d'un traitement et de la formulation du pronostic.

Cotation du niveau de fonctionnement de la personnalité

Pour utiliser l'Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité ENFP (*Level of Personality Functioning Scale* – LPFS), le clinicien sélectionne le niveau qui correspond au mieux au niveau *global actuel* de l'altération du fonctionnement de la personnalité. La cotation est nécessaire pour faire le diagnostic de trouble de la personnalité (altération d'intensité au minimum moyenne) et elle peut être utilisée pour spécifier la gravité de l'altération présente chez un individu ayant un trouble quelconque de la personnalité à un moment donné. L'ENFP peut aussi être utilisée comme un indicateur global de fonctionnement de la personnalité, sans spécification d'un diagnostic de trouble de la personnalité ou dans les cas où l'altération du fonctionnement est en dessous du seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité.

Traits de personnalité

Définition et description

Le critère B dans le modèle alternatif comprend une évaluation des traits de personnalité faisant partie de cinq domaines. Un *trait de personnalité* est une tendance à ressentir, percevoir, se comporter et penser de façon relativement constante dans le temps et selon les situations dans lesquelles le trait peut se manifester. Par exemple, des individus avec un niveau élevé de trait de personnalité de *tendance anxieuse* se sentiront prêts à éprouver de l'anxiété, même dans des circonstances où la plupart des gens seraient calmes et détendus. Les individus ayant le trait de tendance anxieuse élevé percevront aussi les situations susceptibles de provoquer de l'anxiété plus fréquemment que ceux ayant un faible niveau de ce trait et ceux qui éprouvent ce trait de façon marquée se comportent de façon à éviter les situations dont ils pensent qu'elles pourraient les rendre anxieux. Ainsi, ils verront le monde comme plus anxiogène qu'il ne l'est pour d'autres sujets.

Les individus ayant un trait de tendance anxieuse prononcé ne sont pas pour autant anxieux en permanence et dans toutes les situations. Les niveaux du trait sont susceptibles de changer au cours de la vie et ils changent effectivement. Certaines modifications sont très générales et sont le fruit de la maturation (p. ex. les adolescents manifestent généralement plus de traits d'impulsivité que des adultes plus âgés) (Roberts et al. 2006) tandis que d'autres modifications reflètent les expériences de la vie de l'individu (Specht et al. 2011).

Dimensionnalité des traits de personnalité. Tous les individus peuvent être positionnés sur le spectre dimensionnel des traits, ce qui signifie que les traits de personnalité peuvent s'appliquer à quiconque à des degrés divers plutôt qu'être considérés comme présents ou absents. De plus, les traits de personnalité, y compris ceux qui sont spécifiquement évoqués dans le modèle de la section III, font partie d'un spectre avec deux pôles opposés. Par exemple, à l'opposé du trait de *dureté/insensibilité* figure la tendance à être empathique et généreux, même dans les circonstances où la majorité des gens ne se sentiraient pas comme cela. Bien que dans la section III ce trait soit intitulé *dureté/insensibilité* dans la mesure où ce pôle de la dimension est la principale cible, il pourrait s'intituler de façon plus complète : *dureté/insensibilité* vs *générosité*. En outre, ce pôle opposé peut être identifié et il peut ne pas être adapté en toutes circonstances (p. ex. les sujets qui — en raison d'une générosité excessive — laissent d'autres individus peu scrupuleux profiter d'eux de façon récurrente).

Structure hiérarchique de la personnalité. Certains termes en matière de traits sont relativement spécifiques (p. ex. « bavard ») et décrivent une palette restreinte de comportements ; d'autres sont plus larges (p. ex. le détachement) et désignent une large gamme de tendances comportementales. Les dimensions de traits larges sont appelées *domaines* et les dimensions de traits spécifiques sont appelées *facettes*. Les *domaines* de traits de personnalité comprennent un ensemble de *facettes* de personnalité plus spécifiques qui ont tendance à survenir ensemble. Par exemple, le retrait et l'anhédonie sont des *facettes* de traits spécifiques faisant partie du *domaine* (de traits) du détachement. Malgré certaines variations interculturelles en matière de facettes de traits de personnalité, les larges domaines qu'elles couvrent sont relativement constants d'une culture à l'autre.

Le modèle des traits de personnalité

Le système des traits de personnalité de la section III comprend cinq larges domaines de variations des traits de personnalité : l'affectivité négative (*vs* la stabilité émotionnelle), le détachement (*vs* l'extraversion), l'antagonisme (*vs* l'agréabilité), la désinhibition

(vs le caractère consciencieux) et le psychoticisme (vs la lucidité). Ces domaines correspondent à 25 facettes spécifiques de traits. Dans le [tableau 3](#) figurent les définitions de l'ensemble des domaines et des facettes. Ces cinq larges domaines sont des variants adaptés à la pathologie des cinq domaines du modèle de personnalité, bien validé et ayant fait l'objet de réplifications, connu sous le nom de modèle de la personnalité « à cinq facteurs » (Goldberg 1993) ou « Big Five » (McCrae et Costa 1997 ; Widiger et Simonsen 2005) ; ils sont aussi semblables aux domaines du *Personality Psychopathology Five* (PSY-5) (Harkness et al. 2012). Les 25 facettes spécifiques sont une série de facettes de personnalité qui ont été choisies pour leur pertinence clinique (Krueger et al. 2012).

Bien que le modèle des traits soit centré sur des traits de personnalité associés à la psychopathologie, il existe aussi des traits de personnalité sains, adaptés, gages de bonne santé et de résilience. Ceux-ci sont indiqués dans les parenthèses ci-dessus (c.-à-d. stabilité émotionnelle, extraversion, agréabilité, caractère consciencieux et lucidité). Leur présence peut grandement atténuer les effets des troubles mentaux, faciliter la capacité de faire face et le rétablissement de blessures traumatiques ou d'une autre maladie mentale.

Distinction entre traits, symptômes et comportements spécifiques

Bien que les traits ne soient en rien immuables et qu'ils changent tout au long de la vie, ils paraissent cependant d'une relative constance comparés à des symptômes et à des comportements spécifiques. Par exemple, une personne peut agir impulsivement à un moment donné et pour une raison particulière (p. ex. une personne qui est rarement impulsive décide subitement de dépenser beaucoup d'argent pour un objet particulier en raison de l'opportunité inhabituelle d'acheter quelque chose dont la valeur est inestimable). C'est seulement lorsque les comportements s'agrègent dans le temps et selon les circonstances et qu'ils forment un mode comportemental qui permet de distinguer les sujets qu'ils reflètent alors des traits. Néanmoins, il est important de reconnaître, par exemple, que même les personnes qui sont impulsives n'agissent pas impulsivement en permanence. Un trait indique une tendance ou une disposition à avoir des comportements spécifiques. Un comportement spécifique est un exemple ou une manifestation d'un trait.

De la même façon, on distingue les traits de la plupart des symptômes car les symptômes ont tendance à aller et venir tandis que les traits sont relativement plus stables. Par exemple, les individus avec de hauts degrés de *dépressivité* ont une probabilité plus grande de faire l'expérience d'épisodes bien délimités de trouble dépressif et de présenter les manifestations de ces troubles comme des difficultés de concentration. Quoi qu'il en soit, même les patients qui ont une propension à la *dépressivité*, typiquement, passent par des épisodes identifiables de perturbation de l'humeur et les symptômes spécifiques comme les difficultés de concentration tendent à aller et venir, comme les épisodes, ce qui fait qu'ils n'entrent pas dans la définition d'un trait. Quoi qu'il en soit, symptômes et traits relèvent, tous deux, d'une intervention et de nombreuses interventions visant des symptômes peuvent affecter les modalités du fonctionnement au long cours de la personnalité capturées par les traits de personnalité (Tang et al. 2009).

Évaluation du modèle des traits de personnalité de la section III du DSM-5

L'utilité clinique du modèle multidimensionnel des traits de personnalité de la section III tient à sa capacité à focaliser l'attention sur de nombreux champs pertinents de variations de la personnalité chez chaque patient. Plutôt que de fixer son attention

sur l'identification d'un diagnostic optimal unique, l'application clinique du modèle des traits de personnalité de la section III nécessite de parcourir l'ensemble des cinq larges domaines représentés dans le [tableau 3](#). L'approche clinique de la personnalité ressemble au passage en revue bien connu des différents systèmes en médecine clinique. Par exemple, la plainte d'un sujet peut se centrer sur un symptôme neurologique spécifique et lors de l'évaluation initiale, les cliniciens poursuivent néanmoins leur examen de tous les systèmes pertinents (p. ex. cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal) de peur d'oublier un champ important de fonctionnement altéré et l'opportunité correspondante d'une intervention efficace.

L'utilisation clinique du modèle des traits de personnalité de la section III procède de même. Une enquête initiale passe en revue les cinq grands domaines de la personnalité. Cette revue méthodique est facilitée par l'utilisation systématique des instruments psychométriques formels adaptés à l'évaluation des domaines et des facettes spécifiques de la personnalité. Par exemple, le modèle des traits de personnalité est opérationnalisé dans l'Inventaire de personnalité pour le DSM-5 (*Personality Inventory for DSM-5* ou PID) ([Krueger et al. 2012](#)) qui peut être complété par la version en auto-évaluation remplie par les patients et par la version pour les informants ([Markon 2012](#)), remplie par ceux qui connaissent bien les patients (p. ex. le conjoint). Une évaluation clinique approfondie comprendrait les données provenant conjointement des patients et des informants pour l'ensemble des facettes du modèle. Néanmoins, si cela ne s'avère pas réalisable pour des questions de temps ou en raison d'autres contraintes, l'évaluation centrée sur les domaines est une option cliniquement acceptable lorsque seul un portrait général (*vs* détaillé) de la personnalité du patient peut suffire (*cf.* critère B du trouble de la personnalité spécifié par des traits). Cependant, si les problèmes ayant trait à la personnalité représentent la cible du traitement, il sera important de compléter l'évaluation des domaines par celles des facettes de traits ([Clark 2012](#)).

Dans la mesure où les traits de personnalité sont distribués de façon continue dans la population, une approche destinée à déterminer si un trait spécifique est élevé (et en conséquence à considérer dans un but diagnostique) pourrait impliquer de comparer l'importance des traits de personnalité chez un individu avec des normes établies dans la population et/ou un jugement clinique. Si un trait a un niveau élevé – c'est-à-dire si le test psychométrique formel et/ou les données de l'entretien sont en faveur du jugement clinique à propos de cette élévation – alors on considère que le trait contribue à remplir le critère B des troubles de la personnalité de la section III.

Utilité clinique du modèle des traits et du fonctionnement multidimensionnel de la personnalité

Chaque construit (*construct*), celui de trouble et celui de trait, potentialise l'autre pour rendre compte de variables importantes ayant trait aux antécédents (p. ex. antécédents familiaux, antécédents de sévices chez l'enfant), à l'état actuel (p. ex. altération fonctionnelle, traitement médicamenteux) et à la prédiction de l'évolution (p. ex. hospitalisation, tentative de suicide) ([Hopwood et Zanarini 2010](#) ; [Morey et Zanarini 2000](#) ; [Morey et al. 2007](#) ; [Morey et al. 2012](#)). Les altérations du fonctionnement de la personnalité selon le DSM-5 et les traits de personnalité contribuent, chacun de façon indépendante, aux décisions cliniques à propos de l'importance de l'incapacité, des risques d'auto-agression, de violence et de criminalité, du type et de l'importance du traitement recommandé et du pronostic – il s'agit là d'aspects importants de l'utilité des diagnostics psychiatriques ([Kendall et Jablensky 2003](#)). Connaître notamment le niveau de fonctionnement de la personnalité d'un individu et son profil pathologique de traits de personnalité apporte au clinicien une base d'informations riche et valable

dans la planification d'un traitement et dans la prédiction de l'évolution et de l'issue pour de nombreux troubles mentaux ainsi que pour les troubles de la personnalité (Hasin et al. 2011 ; Skodol et al. 2011). En conséquence, l'évaluation du fonctionnement de la personnalité et des traits pathologiques de personnalité peut s'avérer pertinente, que le sujet ait ou non un trouble de la personnalité.

Références

Critères généraux pour un trouble de la personnalité

- Bender DS, Morey LC, Skodol AE: Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess* 93(4):332–346, 2011 22804672
- Clark LA: Trait diagnosis of personality disorder: domains or facets? Master Lecture presented at the Annual Meeting of the Society for Personality Assessment, Chicago, IL, March 2012
- Clarkin JF, Huprich SK: Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *J Pers Disord* 25(2):192–205, 2011 21466249
- Goldberg LR: The structure of phenotypic personality traits. *Am Psychol* 48(1):26–34, 1993 8427480
- Hasin D, Fenton MC, Skodol A, et al: Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 68(11):1158–1167, 2011 22065531.
- Harkness AR, Finn JA, McNulty JL, Shields SM: The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): recent constructive replication and assessment literature review. *Psychol Assess* 24(2):432–443, 2012 21988184
- Hopwood CJ, Zanarini MC: Borderline personality traits and disorder: predicting prospective patient functioning. *J Consult Clin Psychol* 78(4):585–589, 2010 20658814
- Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, et al: Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord* 25(3):305–320, 2011 21699393
- Kendell R, Jablensky A: Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 160(1):4–12, 2003 12505793
- Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, et al: Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *J Pers Disord* 25(2):170–191, 2011a 21466248
- Krueger RF, Eaton NR, Derringer J, et al: Personality in DSM-5 : helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *J Pers Assess* 93(4):325–331, 2011b 22804671
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE: Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 42(9):1879–1890, 2012 22153017
- Luyten P, Blatt SJ: Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: a proposal for DSM V. *Clin Psychol Rev* 31(1):52–68, 2011 21130936
- Markon KE: The development of an Informant-Report Form of the PID-5: rationale and initial results (paper), in *The DSM-5 Personality Traits: Measurement, Structure and Association* (Wright AGC, Chair). Symposium presented at the Annual Meeting of the Society for Personality Assessment, Chicago, IL, 2012
- McCrae RR, Costa PT Jr: Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol* 52(5):509–516, 1997 9145021
- Morey LC, Zanarini MC: Borderline personality : traits and disorder. *J. Abnorm Psychol* 109(4):733–737, 2000 11195998
- Morey LC, Hopwood CJ, Gunderson JG, et al: Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychol Med* 37(7):983–994, 2007 17121690
- Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, et al: State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry* 167(5):528–535, 2010 20160004
- Morey LC, Berghuis H, Bender DS, et al: Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II : empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess* 93(4):347–353, 2011 22804673
- Morey LC, Hopwood CJ, Markowitz JC, et al: Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychol Med* 42(8):1705–1713, 2012 22132840
- Morey LC, Bender DS, Skodol AE: Validating a severity indicator for personality disorder for DSM-5. Submitted for publication, September 2012
- Pincus AL: Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personal Disord* 2(1):41–53, 2011 22448689

- Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W: Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 132(1):1–25, 2006 16435954
- Samuel DB, Widiger TA: A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clin Psychol Rev* 28(8):1326–1342, 2008 18708274
- Saulsman LM, Page AC: The five-factor model and personality disorder empirical literature: a metaanalytic review. *Clin Psychol Rev* 23(8):1055–1085, 2004 14729423
- Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, et al: Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 168(3):257–264, 2011 21245088
- Specht J, Egloff B, Schmukle SC: Stability and change of personality across the life course: the impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *J Pers Soc Psychol* 101(4):862–882, 2011 21859226
- Tang TZ, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al: Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 66(12):1322–1330, 2009 19996037
- Widiger TA, Simonsen E: Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 19(2):110–130, 2005 15899712

Page laissée en blanc intentionnellement.

Affections proposées pour des études supplémentaires

Les ensembles de critères diagnostiques qui suivent sont proposés pour des affections pour lesquelles la recherche future est encouragée. Les items, les seuils et les durées spécifiques contenus dans ces critères de recherche ont été établis par un consensus d'experts – à partir d'une revue de la littérature, de nouvelles analyses des données, des résultats d'enquêtes sur le terrain, des informations disponibles – et sont destinés à fournir aux chercheurs et aux cliniciens intéressés par l'étude de ces troubles un langage commun. On peut espérer que de telles recherches permettront de mieux comprendre ces troubles et orienteront les décisions quant à leur intégration éventuelle dans les prochaines éditions du DSM. La *Task Force* du DSM-5 et les groupes de travail ont soumis chacun des ensembles de critères proposés à une revue empirique minutieuse ; les spécialistes et le grand public ont été invités à largement commenter ces critères. La *Task Force* a déterminé qu'il n'y avait pas d'éléments probants suffisants pour justifier l'inclusion de ces propositions en tant que diagnostics officiels de troubles mentaux dans la section II. *Ces critères proposés ne sont pas prévus pour l'usage clinique ; seuls les critères et les troubles de la section II du DSM-5 sont officiellement reconnus pour un usage clinique.*

Syndrome psychotique atténué

Critères proposés

- A. Au moins un des symptômes suivants est présent sous une forme atténuée, avec une perception de la réalité relativement préservée, et est de sévérité ou de fréquence suffisante pour justifier une prise en charge clinique :
 - 1. Idées délirantes.
 - 2. Hallucinations.
 - 3. Discours désorganisé.
 - B. Le(s) symptôme(s) doi(ven)t avoir été présent(s) au moins une fois par semaine durant le mois écoulé.
 - C. Le(s) symptôme(s) doi(ven)t avoir débuté ou s'être majoré(s) pendant l'année écoulée.
 - D. Le(s) symptôme(s) est (sont) suffisamment inquiétant(s) et invalidant(s) pour l'individu pour justifier une prise en charge clinique.
 - E. Le(s) symptôme(s) n'est (ne sont) pas mieux expliqué(s) par un autre trouble mental, notamment un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, et n'est (ne sont) pas imputable(s) à l'effet physiologique d'une substance ou à une autre affection médicale.
 - F. Les critères d'un autre trouble psychotique n'ont jamais été remplis.
-

Caractéristiques diagnostiques

Les symptômes psychotiques atténués, tel que définis dans le critère A, sont psychotiques mais en dessous du seuil de psychose avérée. Par rapport aux troubles psychotiques, les symptômes sont moins graves, plus transitoires, et la conscience du trouble

est relativement préservée. Le diagnostic de syndrome psychotique atténué nécessite un « état » psychopathologique associé à un retentissement fonctionnel plutôt qu'un « trait » pathologique établi depuis longtemps. La psychopathologie n'a pas progressé jusqu'à atteindre la sévérité d'un trouble psychotique caractérisé. Le syndrome psychotique atténué est un trouble reposant sur une pathologie manifeste, une altération du fonctionnement et une souffrance. Les changements du vécu, des perceptions et du comportement sont notés par la personne et/ou autrui, suggérant une modification de l'état mental (c.-à-d. que les symptômes ont une sévérité ou une fréquence suffisante pour justifier une prise en charge clinique) (critère A). Les thématiques des idées délirantes atténuées (critère A1) peuvent être de la suspicion/persécution, y compris des idées persécutatoires de référence. L'individu peut avoir une attitude tendue, méfiante. Quand les idées délirantes sont d'intensité moyenne, la personne perçoit les autres comme douteux, elle peut être hypervigilante ou sentir de la malveillance d'autrui. Lorsque les idées délirantes sont graves, mais toujours dans la limite des symptômes atténués, l'individu entretient des croyances plus ou moins organisées à propos de dangers ou d'intentions hostiles. Cependant, les idées délirantes n'ont pas le caractère fixe nécessaire pour porter le diagnostic d'un trouble psychotique. Le comportement méfiant du patient peut gêner le recueil des informations. Un certain sens de la réalité et une possibilité de mettre en perspective persistent quand la personne est confrontée à des preuves contraires à ses idées. Néanmoins, la propension à considérer le monde comme hostile et dangereux reste forte. Les idées délirantes atténuées peuvent avoir un contenu grandiose, comme le sentiment irréaliste d'avoir des capacités supérieures. Lorsque les idées délirantes sont d'intensité moyenne, l'individu entretient l'idée d'être doué, influent ou spécial. Lorsque les idées délirantes sont graves, l'individu a la conviction d'être supérieur, ce qui le coupe souvent de ses amis et inquiète ses parents. La conviction d'être spécial peut conduire à des projets et des investissements non réalistes mais le scepticisme au sujet de ces attitudes peut être suscité par le questionnement et la confrontation à la réalité.

Les hallucinations atténuées (critère A2) incluent des perturbations perceptives sensorielles, habituellement auditives et/ou visuelles. Quand les hallucinations sont d'intensité moyenne, les bruits et les images sont souvent informes (p. ex. ombres, traînées, halos, murmures, grondements) et elles sont éprouvées comme inhabituelles ou déroutantes. Quand les hallucinations sont graves, les expériences deviennent plus vives et plus fréquentes (c.-à-d. illusions ou hallucinations récurrentes qui captent l'attention, affectent le raisonnement et la concentration). Ces anomalies perceptuelles peuvent altérer le comportement mais un doute à propos de leur réalité peut encore être induit.

La communication désorganisée (critère A3) peut se manifester comme un discours étrange (vague, métaphorique, trop circonstancié, stéréotypé), un discours dispersé (confus, embrouillé, trop rapide ou trop lent, avec des mots inadaptés, hors de propos, difficile à suivre) ou un discours se perdant en des méandres (discours circonlocutoire, tangentiel). Quand la désorganisation est d'intensité moyenne, l'individu aborde fréquemment des sujets non pertinents mais répond facilement aux questions de clarification. La parole peut être bizarre mais reste compréhensible. À un niveau moyen d'intensité, le discours est empreint de méandres et de circonlocutions. Quand la désorganisation est grave, l'individu est incapable d'exprimer le point central de son discours sans aide extérieure (pensée tangentielle). À un niveau grave, certaines pensées peuvent parfois se bloquer et/ou perdre leurs associations, particulièrement quand le sujet est sous pression, mais la réorientation des questions permet de revenir rapidement à une conversation structurée et organisée.

La personne se rend compte que des changements dans son état mental et/ou dans ses relations apparaissent. Elle maintient une conscience des expériences psychotiques

et prend conscience, généralement, du fait que les perceptions altérées ne sont pas réelles et que la pensée magique n'est pas la réalité. L'individu doit éprouver de la détresse et/ou une baisse des performances ou du fonctionnement social (critère D), et la personne ou son entourage doivent noter des changements et exprimer des inquiétudes, à tel point qu'une prise en charge clinique est recherchée (critère A).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

L'individu peut éprouver une pensée magique, des aberrations perceptuelles, une difficulté de concentration, une désorganisation de la pensée ou du comportement, une méfiance excessive, de l'anxiété, un retrait social et une perturbation du cycle veille-sommeil. On observe souvent une altération du fonctionnement cognitif (Seidman et al. 2010) et des symptômes négatifs (Woods et al. 2009). Les données de neuro-imagerie distinguent des cohortes d'individus ayant un syndrome psychotique atténué des sujets sains contrôles, avec des patterns d'activation similaires, mais moins graves, que ceux observés dans la schizophrénie (Fusar-Poli et al. 2012b ; Howes et al. 2009 ; Koutsouleris et al. 2009a ; Koutsouleris et al. 2009b). Cependant, les données de neuro-imagerie n'ont pas de valeur diagnostique au niveau individuel.

Prévalence

La prévalence du syndrome psychotique atténué est inconnue. Les symptômes du critère A ne sont pas rares dans la population non demandeuse d'aide dans un centre de santé, allant de 8 à 13 % pour les expériences hallucinatoires et les pensées délirantes (van Os et al. 2009). Il semble qu'il y ait une légère prépondérance masculine dans le syndrome psychotique atténué.

Développement et évolution

Le syndrome psychotique atténué débute habituellement vers la deuxième moitié de l'adolescence ou chez l'adulte jeune (Woods et al. 2009). Il peut être précédé d'un développement normal ou par des éléments probants d'une altération des fonctions cognitives, de symptômes négatifs et/ou de troubles du développement social. Dans les cohortes d'individus demandeurs d'aide dans un centre de santé, approximativement 18 % à 1 an et 32 % à 3 ans s'aggravent symptomatiquement pour atteindre les critères d'un trouble psychotique (Fusar-Poli et al. 2012a). Dans certains cas, le syndrome peut être une transition vers un trouble dépressif ou bipolaire avec des caractéristiques psychotiques mais l'évolution vers un trouble du spectre de la schizophrénie est plus fréquente. Il s'avère que le diagnostic s'applique mieux aux individus entre 15 et 35 ans (Fusar-Poli et al. 2012a). L'évolution à long terme n'est pas décrite sur des périodes supérieures à 7-12 ans (Fusar-Poli et al. 2012a).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les facteurs pronostiques du syndrome psychotique atténué n'ont pas été définitivement caractérisés mais la présence de symptômes négatifs, d'un affaiblissement cognitif et d'un mauvais fonctionnement sont associés à une évolution défavorable avec une augmentation du risque de transition vers la psychose.

Génétiques et physiologiques. Les antécédents familiaux de psychose augmentent le risque pour une personne ayant un syndrome psychotique atténué de développer un trouble psychotique caractérisé (Yung et al. 2004). Des données d'imagerie anatomiques (Fusar-Poli et al. 2012b ; Mechelli et al. 2011), fonctionnelles et neurochimiques (Howes et al. 2011) sont associées à une augmentation du risque de transition vers la psychose.

Retentissement fonctionnel du syndrome psychotique atténué

La plupart des individus peuvent éprouver une atteinte fonctionnelle. Une diminution de modeste à moyenne du fonctionnement et du rôle social peut persister même après la réduction des symptômes (Addington et al. 2011). Un nombre important d'individus avec ce diagnostic s'amélioreront au cours du temps, certains continueront à avoir des symptômes modérés et une gêne, et d'autres se rétabliront complètement (Addington et al. 2011).

Diagnostic différentiel

Épisode psychotique bref. Quand les symptômes initiaux du syndrome psychotique atténué se manifestent, ils peuvent ressembler aux symptômes d'un épisode psychotique bref. Cependant, dans le syndrome psychotique atténué, les symptômes n'atteignent pas le seuil de psychose et l'épreuve de réalité de même que *l'insight* demeurent intacts.

Personnalité schizotypique. La personnalité schizotypique, bien qu'ayant des caractéristiques symptomatiques semblables à celles du syndrome psychotique atténué, est un trait relativement stable, à la différence des aspects état-dépendants (critère C) du syndrome psychotique atténué. En outre, un plus large champ de symptômes est exigé pour la personnalité schizotypique, bien qu'au début des manifestations elle puisse ressembler au syndrome psychotique atténué.

Trouble dépressif ou bipolaire. Les distorsions de la réalité qui sont limitées dans le temps à un épisode d'un trouble dépressif caractérisé ou à un trouble bipolaire et qui sont décrites comme plus caractéristiques de ces troubles ne répondent pas au critère E requis pour le syndrome psychotique atténué. Par exemple, les sentiments d'une baisse de l'estime de soi ou l'impression d'être peu considéré par autrui dans le contexte d'un trouble dépressif caractérisé ne répondent pas aux critères d'un syndrome psychotique atténué comorbide.

Trouble anxieux. Les distorsions de la réalité qui sont limitées dans le temps à un épisode d'un trouble anxieux et qui sont décrites comme plus caractéristiques de ce trouble ne répondent pas au critère E requis pour le syndrome psychotique atténué. Par exemple, le sentiment non souhaité d'être le centre de l'attention dans le contexte d'une anxiété sociale ne répond pas aux critères d'un syndrome psychotique atténué comorbide.

Trouble bipolaire de type II. Les distorsions de la réalité qui sont limitées dans le temps à un épisode de manie ou d'hypomanie et qui sont décrites comme plus caractéristiques de ces troubles ne répondent pas au critère E requis pour le syndrome psychotique atténué. Par exemple, une augmentation de l'estime de soi dans un contexte de logorrhée et une diminution du besoin de sommeil ne répondent pas aux critères d'un syndrome psychotique atténué comorbide.

Personnalité borderline. Les distorsions de la réalité concomitantes d'une personnalité borderline et qui sont décrites comme plus caractéristiques de ce trouble ne répondent pas au critère E requis pour le syndrome psychotique atténué. Par exemple, l'impression de ne pouvoir éprouver des émotions lors d'une peur intense, réelle ou imaginaire, d'abandon associée à des automutilations récurrentes ne répond pas aux critères d'un syndrome psychotique atténué comorbide.

Réactions d'adaptation à l'adolescence. Les symptômes légers et transitoires typiques du développement normal et conformes au degré de stress ne répondent pas aux critères d'un syndrome psychotique atténué comorbide.

Extrême du spectre des aberrations perceptuelles et des pensées magiques dans la population non malade. Cette possibilité diagnostique doit être sérieusement

envisagée quand des distorsions de la réalité ne sont pas associées à une détresse, à un retentissement fonctionnel ou à un besoin de soins.

Trouble psychotique induit par une substance/un médicament. La consommation de substances est commune parmi les individus répondant aux critères du syndrome psychotique atténué. Quand des symptômes pourtant caractéristiques sont fortement liés temporellement aux épisodes d'usage de substance, le critère E pour le syndrome psychotique atténué peut ne pas être rempli, et un diagnostic de trouble psychotique induit par une substance/un médicament doit être préféré.

Déficit de l'attention/hyperactivité. Une histoire de déficit attentionnel n'exclut pas un diagnostic de syndrome psychotique atténué. Un déficit de l'attention antérieur peut être un prodrome ou bien un trouble déficit de l'attention/hyperactivité comorbide.

Comorbidité

Les individus ayant un syndrome psychotique atténué ressentent souvent de l'anxiété/une dépression (Woods et al. 2009). Quelques individus avec un diagnostic de syndrome psychotique atténué évolueront vers d'autres diagnostics, notamment un trouble anxieux, dépressif, bipolaire ou un trouble de la personnalité (Addington et al. 2011). Dans de tels cas, la psychopathologie liée au diagnostic de syndrome psychotique atténué est reconceptualisée comme une phase prodromique d'un autre trouble, et non comme une affection comorbide.

Épisodes dépressifs avec hypomanie brève

Critères proposés

Au moins un épisode dépressif caractérisé, sur la vie entière, répondant aux critères suivants :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. (**N.B. :** Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale.)
1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B. :** Éventuellement humeur irritable chez l'enfant et l'adolescent).
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par autrui).
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide, ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif et n'est pas superposée à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique, spécifié ou non spécifié.

Au moins 2 épisodes, sur la vie entière, de périodes hypomaniaques correspondant aux critères ci-dessous mais de durée insuffisante (au moins 2 jours mais moins de 4 jours consécutifs) pour atteindre les critères d'un épisode hypomaniaque. Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. Distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.
- D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à des abus, un médicament ou d'autres traitements).

Caractéristiques diagnostiques

Les individus avec une hypomanie brève ont fait au moins un épisode dépressif caractérisé et également au moins deux épisodes d'une durée de 2 ou 3 jours durant lesquels

les critères pour un épisode hypomaniaque ont été atteints (exceptée la durée des symptômes). Ces épisodes sont d'une intensité suffisante pour être caractérisés comme des épisodes hypomaniaques mais ils n'atteignent pas la durée de 4 jours requise. Les symptômes sont présents à un degré significatif tel qu'ils représentent un changement notable par rapport au comportement habituel de l'individu.

Un individu avec un antécédent d'épisode hypomaniaque et d'épisode dépressif caractérisé a par définition un trouble bipolaire de type II, indépendamment de la durée des symptômes hypomaniaques actuels.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus qui ont présenté une hypomanie brève et un épisode dépressif caractérisé, en raison de leur comorbidité plus grande avec des troubles liés à l'usage de substance et des antécédents familiaux plus fréquents de trouble bipolaire, ressemblent plus étroitement à des individus ayant un trouble bipolaire qu'à ceux ayant un trouble dépressif caractérisé ([Zimmermann et al. 2009](#)).

Des différences ont été également trouvées entre les personnes ayant une hypomanie brève et celles ayant un trouble bipolaire. Le retentissement sur le travail, de même que le nombre moyen d'épisodes, sont plus importants pour les individus avec un trouble bipolaire ([Merikangas et al. 2007](#)). Les individus ayant une hypomanie brève peuvent présenter un tableau moins grave que ceux ayant des épisodes hypomaniaques, avec notamment moins de labilité de l'humeur ([Angst et al. 2012](#)).

Prévalence

La prévalence de l'hypomanie brève est peu claire, puisque ses critères ne sont apparus que dans cette nouvelle édition du manuel. En utilisant des critères quelque peu différents, on estime cependant que l'hypomanie brève survient chez 2,8 % de la population (comparée à l'hypomanie ou à la manie retrouvée chez 5,5 % de la population) ([Angst 1998](#)). L'hypomanie brève peut être plus commune chez les femmes, qui peuvent présenter plus de caractéristiques de dépression atypique ([Benazzi et Akiskal 2006](#)).

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. Des antécédents familiaux de manie sont deux à trois fois plus fréquents chez les individus ayant une hypomanie brève que dans la population générale mais néanmoins deux fois moins fréquents que chez les personnes ayant des antécédents de syndrome maniaque ou hypomaniaque ([Angst 1998](#)).

Risque suicidaire

Les individus ayant une hypomanie brève ont des taux plus élevés de tentatives de suicide que les individus sains. Cependant, ces taux ne sont pas aussi élevés que ceux des individus ayant un trouble bipolaire ([Angst et al. 2012](#)).

Retentissement fonctionnel de l'hypomanie brève

Les conséquences fonctionnelles associées spécifiquement à une hypomanie brève ne sont pas complètement déterminées. Cependant, la recherche suggère que les individus ayant ce trouble ont moins de perturbations au travail que des individus ayant un trouble bipolaire symptomatique ([Merikangas et al. 2007](#)) mais plus de troubles comorbides de l'usage de substances, en particulier de l'alcool, que les personnes ayant un trouble dépressif caractérisé ([Zimmermann et al. 2009](#)).

Diagnostic différentiel

Trouble bipolaire de type II. Le trouble bipolaire de type II est caractérisé par une période d'au moins 4 jours de symptômes hypomaniaques, tandis que l'hypomanie brève est caractérisée par des périodes de 2 ou 3 jours de symptômes hypomaniaques. À partir du moment où l'individu a présenté un épisode hypomaniaque (4 jours ou plus), le diagnostic devient et reste celui de trouble bipolaire de type II, indépendamment de la durée des futures périodes hypomaniaques.

Trouble dépressif caractérisé. Le trouble dépressif caractérisé est également marqué par au moins un antécédent d'épisode dépressif caractérisé. Cependant, la présence additionnelle d'au moins deux périodes, dans la vie, de 2 ou 3 jours de symptômes hypomaniaques conduit au diagnostic d'hypomanie brève plutôt qu'à celui de trouble dépressif caractérisé.

Trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques mixtes. Le trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques mixtes et l'hypomanie brève sont caractérisés par la présence de certains symptômes hypomaniaques et de ceux d'un épisode dépressif caractérisé. Cependant, le trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques mixtes est marqué par la présence concomitante de symptômes hypomaniaques et de symptômes d'un épisode dépressif caractérisé, alors que les individus avec une hypomanie brève éprouvent une hypomanie subsyndromique et un syndrome dépressif caractérisé complet à des temps différents.

Trouble bipolaire de type I. Le trouble bipolaire de type I se différencie d'une hypomanie brève par au moins un antécédent d'épisode maniaque, qui est plus long (au moins 1 semaine) et plus grave (retentissement plus important sur le fonctionnement social) qu'un épisode hypomaniaque. Un épisode (quelle qu'en soit la durée) avec des symptômes psychotiques ou nécessitant une hospitalisation est par définition un épisode maniaque plutôt qu'hypomaniaque.

Trouble cyclothymique. Tandis que le trouble cyclothymique est caractérisé par des périodes de symptômes dépressifs et des périodes de symptômes hypomaniaques, un antécédent dans la vie d'épisode dépressif caractérisé exclut le diagnostic de trouble cyclothymique.

Comorbidité

L'hypomanie brève, comme les épisodes hypomaniaques, a été associée à des taux plus élevés de trouble anxieux et de trouble de l'usage de substance que ceux retrouvés en population générale (Angst et al. 2011 ; Zimmermann et al. 2009).

Deuil complexe persistant

Critères proposés

- A. La personne a perdu par décès un de ses proches.
- B. Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant :
 - 1. Fort désir/besoin persistant concernant le défunt. Pour les enfants en bas âge, ce désir peut être exprimé dans le jeu et le comportement, y compris les comportements qui représentent la séparation mais également les retrouvailles, avec un aidant ou une figure d'attachement.
 - 2. Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.

3. Préoccupation à propos du défunt.
 4. Préoccupation à propos des circonstances du décès. Chez les enfants, cette préoccupation par le défunt peut être exprimée dans la thématique des jeux et dans les comportements et peut se poursuivre par des préoccupations à propos de la mort d'autres proches.
- C. Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours, et à un degré cliniquement significatif, et persistent depuis au moins 12 mois chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant.

Détresse réactionnelle à la mort

1. Difficulté marquée à accepter le décès. Chez l'enfant, cela est dépendant de la capacité de l'enfant de comprendre la signification et la permanence de la mort.
2. Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.
3. Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.
4. Amertume ou colère en lien avec la perte.
5. Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (p. ex. auto-accusation).
6. Évitement excessif de ce qui rappelle la perte (p. ex. évitement des individus, des endroits ou des situations associés au défunt ; chez l'enfant, cela peut inclure l'évitement des pensées et des sentiments concernant le défunt).

Rupture sociale/identitaire

7. Désir de mourir afin d'être avec le défunt.
 8. Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.
 9. Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès.
 10. Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.
 11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (p. ex. penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt).
 12. Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur (p. ex. amitiés, activités).
- D. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.
- E. La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.

Spécifier si :

Avec deuil traumatique : Deuil dû à un homicide ou à un suicide avec des préoccupations pénibles persistantes concernant la nature traumatique de la mort (souvent en réponse aux rappels de la disparition), y compris les derniers moments du défunt, le degré de souffrance et de mutilations, ou la nature malveillante ou intentionnelle de la mort.

Caractéristiques diagnostiques

Le deuil complexe persistant est diagnostiqué seulement si au moins 12 mois (6 mois chez l'enfant) se sont écoulés depuis le décès d'une personne proche (critère A). Ce délai distingue la peine normale de la peine persistante. L'affection comporte typiquement un fort désir/un besoin persistants concernant le défunt (critère B1), qui peuvent être associés à une douleur intense et à des pleurs fréquents (critère B2) ou à une préoccupation à propos du défunt (critère B3) (Prigerson et al. 2009 ; Shear et al. 2011). Le sujet peut également être préoccupé par les circonstances du décès (critère B4).

Six symptômes additionnels sont exigés, y compris la difficulté marquée d'accepter que le défunt est mort (critère C1) (p. ex. en préparant des repas pour lui), le fait de ne pas croire que la personne est morte (critère C2), le souvenir pénible du défunt (critère C3), la colère à propos de la perte (critère C4), une évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (critère C5) (Boelen et al. 2006) et des attitudes d'évitement excessif de ce qui rappelle la perte (critère C6). Les individus peuvent également rapporter un désir de mourir parce qu'ils souhaitent être avec le défunt (critère C7), une méfiance envers les autres (critère C8), le sentiment d'être isolé (critère C9), l'impression que la vie n'a aucun sens ou but sans le défunt (critère C10), un vécu de perte de son identité avec le sentiment qu'une partie d'eux est morte ou perdue (critère C11) ou des difficultés à s'engager dans des activités, poursuivre des relations ou se projeter vers l'avenir (critère C12).

Le deuil complexe persistant requiert une détresse cliniquement significative ou l'altération du fonctionnement psychosocial (critère D). La nature et la sévérité de la peine doivent être au-delà des normes attendues dans le groupe culturel ou religieux, ou pour le stade de développement (critère E). Bien qu'il y ait des variations dans les manifestations de la peine, les symptômes du deuil complexe persistant se produisent chez la femme et l'homme, et dans des groupes sociaux et culturels divers (Morina et al. 2010).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Certains individus ayant un deuil complexe persistant ressentent des hallucinations (auditives ou visuelles) dans lesquelles ils perçoivent temporairement la présence du défunt (p. ex. en voyant la personne décédée dans sa chaise préférée) (Simon et al. 2011) ; ils peuvent également éprouver des plaintes somatiques diverses (p. ex. plaintes digestives, douleurs, fatigue) (Simon et al. 2011), y compris des symptômes éprouvés par le défunt.

Prévalence

La prévalence du deuil complexe persistant est approximativement de 2,4-4,8 % (Fujisawa et al. 2010 ; Kersting et al. 2011). Le trouble est plus répandu chez les femmes que chez les hommes (Kersting et al. 2011).

Développement et évolution

Le deuil complexe persistant peut survenir à n'importe quel âge, dès l'âge de 1 an. Les symptômes commencent habituellement dans les premiers mois après le décès, bien qu'ils puissent être différés de plusieurs mois, voire plusieurs années, avant que le syndrome complet n'apparaisse. Bien que la peine se manifeste généralement juste après le décès, ces réactions ne sont pas diagnostiquées en tant que deuil complexe persistant à moins que les symptômes ne persistent au-delà de 12 mois (6 mois chez l'enfant).

Les enfants en bas âge peuvent éprouver la perte d'un aidant principal comme traumatique, étant donné l'effet de désorganisation que peut engendrer l'absence de l'aidant sur les stratégies pour faire face¹. Chez les enfants, la détresse peut être exprimée dans les jeux et les comportements, par des régressions développementales et par des comportements anxieux ou d'opposition lors d'une séparation ou de réunions (Kaplow et al. 2012). L'angoisse de séparation peut être prédominante chez les enfants en bas âge, et la détresse sociale/identitaire et le risque de dépression comorbide peuvent s'intensifier chez les enfants et les adolescents plus âgés (Boelen et van den Bout 2005).

1. NDT. En anglais : *coping*.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Le risque de deuil complexe persistant est accru en cas de dépendance envers le défunt avant son décès, et en cas de mort d'un enfant (Prigerson et al. 2009 ; Shear et al. 2011). Un soutien défaillant des aidants augmente le risque de deuil complexe persistant chez l'enfant.

Génétiques et physiologiques. Le risque pour le trouble est majoré chez la femme (Kersting et al. 2011 ; Neria et al. 2007).

Questions diagnostiques liées à la culture

Les symptômes du deuil complexe persistant sont observés à travers les différentes cultures (Shear et al. 2011) mais l'expression de la peine peut se manifester de manière culturellement spécifique. Le diagnostic du trouble exige que les réponses de deuil persistantes et graves dépassent les normes culturelles de manifestation de la peine et qu'elles ne soient pas mieux expliquées par des rituels de deuil culturellement spécifiques.

Risque suicidaire

Les individus présentant un deuil complexe persistant rapportent fréquemment des idéations suicidaires.

Retentissement fonctionnel du deuil complexe persistant

Le deuil complexe persistant est associé à une diminution du fonctionnement professionnel et social et à des comportements nocifs pour la santé, tels qu'une augmentation de la consommation de tabac et d'alcool (Prigerson et al. 2009). Il est également associé à une augmentation marquée de maladies graves, telles que les maladies cardiaques, l'hypertension, le cancer, les déficits immunitaires, et à une altération de la qualité de vie (Prigerson et al. 2009).

Diagnostic différentiel

Peine normale. Le deuil complexe persistant est distingué de la peine normale par la présence d'une peine importante qui persiste au moins 12 mois (ou 6 mois chez l'enfant) après le décès d'un proche. C'est uniquement lorsque les manifestations de peine intenses persistent au-delà de 12 mois après le décès et interfèrent avec le fonctionnement de l'individu que le deuil complexe persistant est diagnostiqué.

Trouble dépressif. Le deuil complexe persistant, l'épisode dépressif caractérisé et le trouble dépressif persistant (dysthymie) ont en commun la tristesse, les pleurs et les pensées suicidaires. Alors que l'épisode dépressif caractérisé et le trouble dépressif persistant peuvent partager une humeur dépressive avec le deuil complexe persistant, ce dernier est caractérisé par une focalisation sur la perte.

Trouble stress post-traumatique. Les individus endeuillés après une mort traumatique peuvent développer un trouble stress post-traumatique (TSPT) et un deuil complexe persistant. Les deux troubles peuvent comporter des pensées intrusives et des conduites d'évitement. Alors que les intrusions dans le TSPT tournent autour de l'événement traumatique, les souvenirs intrusifs du deuil complexe persistant se focalisent sur plusieurs aspects de la relation avec le défunt, y compris des aspects positifs, et sur la détresse de la séparation. Pour les individus avec une perte traumatique qualifiée de deuil complexe persistant, les pensées et sentiments de détresse peuvent être plus manifestement reliés aux circonstances du décès, avec des fantasmes sur ce qui

s'est produit. Le deuil complexe persistant et le TSPT peuvent tous deux comporter un évitement de ce qui rappelle les événements stressants. Tandis que le TSPT est caractérisé par un évitement des rappels internes et externes de l'expérience traumatique, dans le deuil complexe persistant, il y a également une préoccupation à propos de la perte et un fort désir pour le défunt qui est absent dans le TSPT.

Angoisse de séparation. L'angoisse de séparation est caractérisée par une inquiétude au sujet de la séparation des figures d'attachement vivantes, tandis que le deuil complexe persistant implique la détresse au sujet de la séparation de l'individu décédé.

Comorbidité

Les comorbidités les plus communes avec le deuil persistant complexe sont le trouble dépressif caractérisé, le TSPT et le trouble de l'usage de substances (Boelen et van den Bout) Le TSPT est très souvent comorbide avec le deuil complexe persistant quand la mort est survenue dans des circonstances traumatiques ou violentes.

Trouble de l'usage de la caféine

Critères proposés

Mode de consommation de caféine problématique conduisant à une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significatives caractérisé par la présence d'au moins les trois premiers des critères suivants sur une période de 12 mois :

1. Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation de caféine.
2. La consommation de caféine est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la caféine.
3. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la caféine.
 - b. La caféine (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
4. La caféine est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
5. Consommation répétée de caféine conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (p. ex. retards ou absences répétés au travail ou à l'école du fait de la consommation ou du sevrage de la caféine).
6. Consommation de caféine malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la caféine (p. ex. disputes avec le conjoint à propos des conséquences de la consommation, problèmes de santé, coût).
7. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de caféine pour obtenir l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de caféine.
8. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de la caféine, à en consommer ou à récupérer de ses effets.
9. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de la caféine.

Le diagnostic de dépendance à une substance due à la caféine a été admis dans la CIM-10 par l'Organisation mondiale de la santé. Depuis la publication du DSM-IV en 1994, un ensemble considérable de recherches sur la dépendance à la caféine a été

publié, et plusieurs revues récentes offrent une analyse actuelle de cette littérature (Juliano et al. 2011). Il existe maintenant assez de preuves pour justifier l'inclusion dans le DSM-5 du trouble de l'usage de la caféine comme diagnostic de recherche afin de favoriser des études supplémentaires. L'algorithme diagnostique opérationnel proposé pour l'étude du trouble de l'usage de la caféine diffère de celui pour les autres troubles de l'usage d'une substance, traduisant le besoin de n'identifier que les cas qui ont une pertinence clinique suffisante pour justifier un diagnostic de trouble mental. Un objectif essentiel de l'inclusion du trouble de l'usage de la caféine dans cette section du DSM-5 est d'encourager la recherche qui déterminera la fiabilité, la validité et la prévalence du trouble fondé sur le schéma diagnostique proposé. Pour évaluer la validité, une attention particulière sera portée aux altérations fonctionnelles associées au diagnostic.

Les critères proposés pour le trouble de l'usage de la caféine traduisent le besoin d'un seuil diagnostique plus élevé que celui utilisé pour les autres troubles de l'usage d'une substance. Un tel seuil est destiné à prévenir un surdiagnostic de trouble de l'usage de la caféine dû à la prévalence élevée de consommation quotidienne habituelle non problématique de caféine en population générale.

Caractéristiques diagnostiques

Le trouble de l'usage de la caféine est caractérisé par une consommation prolongée de caféine et l'échec du contrôle de cette consommation malgré des conséquences physiques et/ou psychologiques négatives. Dans une étude en population générale, 14 % des consommateurs de caféine remplissaient les critères de consommation bien qu'elle soit néfaste, la plupart déclarant qu'un médecin ou un psychologue leur avaient recommandé d'arrêter ou de diminuer leur consommation de caféine au cours de l'année écoulée (Hughes et al. 1998). Les problèmes médicaux et psychologiques attribués à la caféine incluaient des problèmes cardiaques, gastriques et urinaires, et des plaintes d'anxiété, de dépression, d'insomnie, d'irritabilité et de difficulté à réfléchir. Dans la même étude, 45 % des consommateurs de caféine rapportaient le désir ou des efforts infructueux pour contrôler leur consommation de caféine, 18 % rapportaient un manque, 8 % une accoutumance, 28 % consommaient plus que prévu et 50 % rapportaient consacrer beaucoup de temps à consommer de la caféine. De surcroît, 19 % rapportaient une forte envie de caféine à laquelle ils ne pouvaient résister, et moins de 1 % rapportaient que la caféine perturbait leurs activités sociales.

Parmi ceux qui cherchaient un traitement pour cesser leur consommation problématique de caféine (Juliano et al. 2012), 88 % rapportaient avoir fait auparavant de sérieuses tentatives pour modifier leur consommation de caféine, et 43 % déclaraient qu'un professionnel du corps médical leur avait conseillé de réduire ou d'arrêter leur consommation. Quatre-vingt-treize pour cent reconnaissaient des signes et symptômes répondant aux critères du DSM-IV de dépendance à la caféine, les critères le plus souvent rapportés étant le manque (96 %), le désir continu ou des tentatives infructueuses de contrôler sa consommation (89 %) et la consommation malgré la connaissance des problèmes physiques ou psychologiques causés par la caféine (87 %). Les raisons habituelles pour vouloir modifier la consommation de caféine étaient liées à la santé (59 %) et au désir de ne pas être dépendant à la caféine (35 %).

La discussion du DSM-5 sur le sevrage de caféine dans le chapitre de la section II « Troubles liés à une substance et troubles addictifs » apporte des précisions sur les caractéristiques du critère de sevrage. Il est bien documenté que les consommateurs habituels de caféine peuvent ressentir un syndrome de sevrage bien défini en cas d'abstinence aiguë de caféine, et de nombreuses personnes dépendantes de la caféine rapportent une consommation prolongée de caféine pour éviter de ressentir les symptômes de sevrage.

Prévalence

La prévalence du trouble de l'usage de la caféine en population générale est incertaine. Si l'on se réfère aux sept critères génériques du DSM-IV pour la dépendance, 30 % des consommateurs courants de caféine rempliraient les critères du DSM-IV pour le diagnostic de dépendance à la caféine, en rapportant au moins trois critères de dépendance, au cours de l'année écoulée. Lorsque seulement quatre des sept critères (les trois critères principaux proposés ci-dessus plus la tolérance) sont utilisés, la prévalence semble tomber à 9 % (Hughes et al. 1998). Ainsi, la prévalence attendue du trouble de l'usage de la caféine parmi les consommateurs réguliers de caféine est probablement de moins de 9 %. Étant donné que 75-80 % de la population générale consomment régulièrement de la caféine, la prévalence estimée serait de moins de 7 %. Chez les buveurs réguliers de caféine à plus haut risque de problèmes liés à la consommation de caféine (p. ex. lycéens et étudiants, personnes en traitement pour une toxicomanie et individus en centre antidouleur qui ont des antécédents récents de mésusage d'alcool ou de drogue illicite), environ 20 % auraient des modalités de consommation réunissant l'ensemble des trois critères proposés au critère A (Striley et al. 2011).

Développement et évolution

Les individus dont les modalités de consommation remplissent les critères du trouble de l'usage de la caféine présentent de très grands écarts dans leur consommation quotidienne de caféine et sont consommateurs de différents types de produits contenant de la caféine (p. ex. café, boissons non alcoolisées, thé) et de médicaments. Il a été montré que le diagnostic de trouble de l'usage de la caféine prédit de manière prospective une plus grande incidence de renforcement lié à la caféine et un manque plus intense (Juliano et al. 2011 ; Strain et al. 1994).

Il n'y a pas eu de recherche longitudinale ou transversale à différents âges sur le trouble de l'usage de la caféine. Le trouble de l'usage de la caféine a été identifié chez les adolescents et les adultes. Les taux de consommation de caféine et le niveau global de consommation de caféine tendent à augmenter avec l'âge jusqu'au début/milieu de la trentaine, puis se stabilisent (Juliano et al. 2011). Les facteurs âge-dépendants pour le trouble de l'usage de la caféine sont inconnus, bien que l'inquiétude augmente à propos de la consommation excessive de caféine chez les adolescents et les jeunes adultes à travers la consommation de boissons énergisantes.

Facteurs de risque et pronostiques

Génétiques et physiologiques. Les taux d'hérédité pour la forte consommation de caféine, l'accoutumance à la caféine et le manque de caféine se situent entre 35 et 77 %. Pour ce qui est de la caféine, de l'alcool et des cigarettes, un facteur génétique commun (polyconsommation) sous-tend la consommation de ces trois produits, 28 à 41 % des effets héréditaires de la consommation de caféine (ou de sa forte consommation) étant partagés avec l'alcool et le tabagisme. Les troubles de l'usage de la caféine et du tabac sont associés et en grande partie influencés par des facteurs génétiques propres à ces drogues licites. Le taux d'hérédité pour les marqueurs du trouble de l'usage de la caféine apparaît similaire à celui pour les marqueurs des troubles de l'usage de l'alcool et du tabac (Juliano et al. 2011 ; Kendler et Prescott 1999 ; Kendler et al. 2007 ; Swan et al. 1997).

Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage de la caféine

Le trouble de l'usage de la caféine peut prédire une plus forte consommation de caféine au cours de la grossesse (Svikis et al. 2005). Il a été montré que le manque de caféine,

caractéristique essentielle du trouble de l'usage de la caféine, provoque une altération fonctionnelle dans les activités normales de la vie quotidienne. L'intoxication par la caféine peut inclure des symptômes à type de nausées et vomissements, aussi bien qu'une altération des activités normales (Oberstar et al. 2002 ; Strain et al. 1994). Des perturbations significatives dans les activités normales de la vie quotidienne peuvent survenir lors de l'abstinence en caféine (Strain et al. 1994).

Diagnostic différentiel

Consommation non problématique de caféine. La distinction entre consommation non problématique de caféine et trouble de l'usage de la caféine peut être difficile à faire parce que les problèmes sociaux, comportementaux ou psychologiques peuvent être difficiles à attribuer à la substance, en particulier dans le contexte de consommation d'autres substances. La consommation régulière, importante de caféine susceptible d'entraîner accoutumance et manque est relativement courante, ce qui en soi ne doit pas suffire pour porter le diagnostic.

Trouble de l'usage d'un autre stimulant. Les problèmes liés à la consommation d'autres médicaments ou substances stimulantes peuvent se rapprocher des caractéristiques du trouble de l'usage de la caféine.

Troubles anxieux. La forte consommation chronique de caféine peut reproduire les symptômes de l'anxiété généralisée et une consommation aiguë de caféine peut entraîner et reproduire des attaques de panique.

Comorbidité

Il peut y avoir comorbidité entre le trouble de l'usage de la caféine et une consommation quotidienne de cigarettes, des antécédents familiaux ou personnels de trouble de l'usage de l'alcool (Strain et al. 1994 ; Svikis et al. 2005). Les caractéristiques du trouble de l'usage de la caféine (p. ex. accoutumance, manque de caféine) peuvent être positivement associées avec plusieurs diagnostics : dépression caractérisée, anxiété généralisée, trouble panique, personnalité antisociale de l'adulte et troubles de l'usage de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne (Kendler et al. 2006).

Usage pathologique des jeux sur internet

Critères proposés

Utilisation persistante et répétée d'internet pour pratiquer des jeux, souvent avec d'autres joueurs, conduisant à une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significatives comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes sur une période de 12 mois :

1. Préoccupation par les jeux sur internet (la personne se remémore des expériences de jeu passées ou elle prévoit de jouer ; les jeux sur internet deviennent l'activité dominante de la vie quotidienne).

N.B. : Ce trouble est distinct du jeu d'argent sur internet, qui fait partie du jeu d'argent pathologique.

2. Symptômes de sevrage quand l'accès aux jeux sur internet est supprimé (ces symptômes se caractérisent typiquement par de l'irritabilité, de l'anxiété ou de la tristesse mais sans signe physique de sevrage pharmacologique).
3. Tolérance – besoin de consacrer des périodes de temps croissantes aux jeux sur internet.
4. Tentatives infructueuses de contrôler la participation aux jeux sur internet.

5. Perte d'intérêt pour les loisirs et divertissements antérieurs du fait, et à l'exception, des jeux sur internet.
6. La pratique excessive des jeux sur internet est poursuivie bien que la personne ait connaissance de ses problèmes psychosociaux.
7. Ment à sa famille, à ses thérapeutes ou à d'autres sur l'ampleur du jeu sur internet.
8. Joue sur internet pour échapper à ou pour soulager une humeur négative (p. ex. des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété).
9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause de la participation à des jeux sur internet.

N.B. : Seuls les jeux sur internet sans mise d'argent sont inclus dans ce trouble. L'utilisation d'internet pour des activités exigées par un emploi ou une profession n'est pas incluse ; le trouble n'inclut pas non plus les autres utilisations récréatives ou sociales d'internet. De même, les sites internet sexuels sont exclus.

Spécifier la sévérité actuelle :

L'usage pathologique des jeux sur internet peut être léger, moyen ou grave selon le degré de perturbation des activités normales. Les sujets avec le trouble le moins grave présenteront moins de symptômes et une moindre perturbation de leur vie. Ceux ayant une forme grave passeront plus d'heures sur leur ordinateur et auront une perte plus grave de relations affectives ou de possibilités de carrière ou d'études.

Sous-types

À ce jour il n'a pas été décrit de sous-types bien étayés par des recherches pour l'usage pathologique des jeux sur internet. L'usage pathologique des jeux sur internet implique le plus souvent des jeux sur internet spécifiques mais il peut aussi bien concerner des jeux sur ordinateur hors internet, bien qu'ils aient été moins étudiés. Il est probable que les jeux préférés varient au cours du temps au fur et à mesure que de nouveaux jeux sont développés et popularisés, et il n'est pas certain que les comportements et conséquences associés à l'usage pathologique des jeux sur internet varient en fonction du type de jeu.

Caractéristiques diagnostiques

Le jeu d'argent pathologique est actuellement le seul trouble non lié à une substance proposé pour intégrer la catégorie des troubles liés à une substance et troubles addictifs du DSM-5. Cependant, d'autres troubles du comportement présentent des similitudes avec les troubles liés à une substance et le jeu d'argent pathologique pour lesquels le terme d'*addiction* est couramment employé dans les milieux non médicaux ; la seule affection ayant donné lieu à une littérature considérable est la pratique compulsive de jeux sur internet. Les jeux sur internet auraient été définis comme une « addiction » par le gouvernement chinois (Stewart 2010) et un système de soins a été mis en place. Des rapports de traitement de ce trouble sont apparus dans des journaux médicaux, la plupart issus de pays asiatiques et certains des États-Unis.

Le groupe de travail du DSM-5 a examiné plus de 240 articles et a trouvé des similarités comportementales entre l'usage pathologique des jeux sur internet, le jeu d'argent pathologique et les troubles de l'usage d'une substance (Han et al. 2010 ; Ko et al. 2005 ; Shek et al. 2009 ; Tsitsika et al. 2011 ; Van Rooij et al. 2011 ; Weinstein et Lejoyeux 2010 ; Widyanto et al. 2011 ; Yuan et al. 2011 ; Zhou et al. 2011). La littérature souffre cependant du manque d'une définition standard à partir de laquelle extraire des données de prévalence. Une compréhension de l'évolution naturelle des cas, avec ou sans traitement, manque également. La littérature décrit de nombreuses similarités

sous-jacentes avec les addictions à une substance, incluant des aspects d'accoutumance, de manque, de tentatives infructueuses répétées pour réduire ou arrêter, et d'altération du fonctionnement normal. En outre, les taux apparemment élevés de prévalence, à la fois dans les pays asiatiques et, à un moindre degré, dans les pays occidentaux, ont justifié l'inclusion de ce trouble dans la section III du DSM-5.

L'usage pathologique des jeux sur internet a une importance significative en santé publique, et des travaux de recherche supplémentaires pourraient finalement apporter la preuve que l'usage pathologique des jeux sur internet (également couramment qualifié de *trouble de l'utilisation d'internet*, *addiction à internet* ou *addiction aux jeux*) mérite d'être un trouble indépendant. Comme pour le jeu d'argent, il devrait y avoir des études épidémiologiques afin de déterminer la prévalence, l'évolution clinique, la possible influence génétique et les facteurs biologiques potentiels fondés, par exemple, sur les données d'imagerie cérébrale.

L'usage pathologique des jeux sur internet est une modalité de jeu sur internet excessive et prolongée qui cause un ensemble de symptômes cognitifs et comportementaux, incluant une perte de contrôle progressive sur le jeu, une accoutumance et des symptômes de manque, analogues aux symptômes des troubles de l'usage d'une substance. Comme pour les troubles de l'usage d'une substance, les individus avec un usage pathologique des jeux sur internet continuent à s'asseoir devant un ordinateur et à pratiquer des jeux alors qu'ils négligent les autres activités. Ils consacrent typiquement 8 à 10 heures ou plus par jour à cette activité et au moins 30 heures par semaine. S'ils sont empêchés d'utiliser un ordinateur et de retourner jouer, ils deviennent agités et irrités. Ils passent souvent de longues périodes sans manger ni dormir. Les obligations habituelles, comme l'école ou le travail, ou les obligations familiales sont négligées. Cet état se distingue du jeu d'argent sur internet car, ici, il n'y a pas de mises d'argent.

La caractéristique essentielle de l'usage pathologique des jeux sur internet est la participation prolongée et récurrente à des jeux sur internet, typiquement des jeux en réseau, pendant de nombreuses heures. Ces jeux comportent une compétition entre des groupes de joueurs (souvent sur des continents différents, ce qui favorise la durée de jeu par la variété des fuseaux horaires) participant à des activités structurées complexes qui incluent une dimension importante d'interactions sociales au cours du jeu. La dimension d'équipe semble être une motivation clé. Les tentatives pour diriger le sujet vers le travail scolaire ou des activités interpersonnelles se confrontent à une forte résistance. Ainsi les occupations personnelles, familiales ou professionnelles sont négligées. Quand les sujets sont interrogés, la principale raison donnée pour utiliser l'ordinateur est plus volontiers « éviter l'ennui » que communiquer ou rechercher de l'information.

La description des critères liés à cet état est adaptée d'une étude chinoise (Tao et al. 2010). Jusqu'à ce que les critères optimaux et le seuil diagnostique soient déterminés empiriquement, les définitions classiques devront être utilisées, les diagnostics reposant sur la présence d'au moins cinq des neuf critères.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Aucun type de personnalité associé de manière constante avec l'usage pathologique des jeux sur internet n'a été identifié. Certains auteurs décrivent des diagnostics associés, comme les troubles dépressifs, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ou le trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Les sujets jouant compulsivement sur internet ont montré une activation cérébrale dans des régions spécifiques déclenchée par l'exposition au jeu sur internet, toutefois non limitée aux structures du système de récompense (Du et al. 2011 ; Kim et al. 2011).

Prévalence

La prévalence de l'usage pathologique des jeux sur internet est incertaine du fait des questionnaires variables, des critères et des seuils retenus, mais il semble qu'elle soit la plus élevée dans les pays asiatiques et chez les adolescents de sexe masculin âgés de 12 à 20 ans. Il y a profusion de descriptions de cas issus de pays asiatiques, particulièrement de Chine et de Corée du Sud, mais moins d'Europe ou d'Amérique du Nord, où les estimations de prévalence sont extrêmement variables. La prévalence ponctuelle chez les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) dans une étude asiatique (Fu et al. 2010) ayant retenu le seuil de cinq critères était de 8,4 % pour les garçons et de 4,5 % pour les filles.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. La disponibilité d'un ordinateur avec une connexion à internet permet l'accès aux types de jeux avec lesquels l'usage pathologique des jeux sur internet est le plus souvent associé.

Génétiques et physiologiques. Les adolescents de sexe masculin semblent être les plus à risque de développer un usage pathologique des jeux sur internet, et il a été émis l'hypothèse qu'un terrain environnemental et/ou génétique asiatique constitue un autre facteur de risque mais cela reste incertain.

Retentissement fonctionnel de l'usage pathologique des jeux sur internet

L'usage pathologique des jeux sur internet peut conduire à un échec scolaire, une perte d'emploi ou une rupture conjugale. Le comportement de jeu compulsif tend à éliminer les activités sociales, scolaires et familiales normales. Les écoliers et étudiants peuvent présenter des notes en baisse et finalement un échec scolaire. Les responsabilités familiales peuvent être négligées.

Diagnostic différentiel

L'utilisation excessive d'internet n'impliquant pas de jouer aux jeux en ligne (p. ex. l'usage excessif des réseaux sociaux, comme Facebook ; visionner de la pornographie en ligne) n'est pas considérée comme analogue à l'usage pathologique des jeux sur internet, et les futures recherches sur les autres utilisations excessives d'internet nécessiteraient de suivre les mêmes règles que celles suggérées ici. Le jeu d'argent en ligne excessif peut relever d'un diagnostic distinct de jeu d'argent pathologique.

Comorbidité

La santé peut être négligée à cause du jeu compulsif. Les autres diagnostics qui peuvent être associés avec l'usage pathologique des jeux sur internet comprennent le trouble dépressif caractérisé, le TDAH et le TOC.

Trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool

Critères proposés

- A. Exposition à l'alcool au-delà d'une consommation minimale pendant la gestation, y compris avant la reconnaissance de la grossesse. La confirmation de l'exposition

gestationnelle à l'alcool peut être obtenue par la déclaration de la mère sur sa consommation d'alcool pendant la grossesse, par les dossiers médicaux ou autres, ou par l'observation clinique.

- B. Fonctionnement cognitif altéré, caractérisé par au moins une des manifestations suivantes :
1. Diminution de la performance intellectuelle globale (c.-à-d. un QI de 70 ou moins ou une note standard de 70 ou moins à une évaluation développementale complète).
 2. Altération du fonctionnement exécutif (p. ex. faibles capacités de planification et d'organisation, déficit de flexibilité mentale, difficultés dans l'inhibition comportementale).
 3. Difficultés d'apprentissage (p. ex. réussite scolaire plus faible que celle attendue compte tenu du niveau intellectuel, incapacité d'apprentissage spécifique).
 4. Altération de la mémoire (p. ex. difficultés à se remémorer une information apprise récemment, répétition des mêmes erreurs, difficulté à se rappeler les instructions verbales très longues).
 5. Altération du raisonnement visuospatial (p. ex. dessins ou constructions désorganisés ou mal élaborés, problèmes pour distinguer la gauche de la droite).
- C. Diminution des capacités d'autocontrôle, caractérisée par au moins une des manifestations suivantes :
1. Difficulté à réguler l'humeur ou le comportement (p. ex. labilité de l'humeur ; affects négatifs ou irritabilité, fréquents emportements comportementaux).
 2. Déficit de l'attention (p. ex. difficulté à déplacer son attention, difficulté à maintenir un effort mental).
 3. Déficit du contrôle des impulsions (p. ex. difficulté à attendre son tour, difficulté à se conformer aux règles).
- D. Altération du fonctionnement adaptatif, caractérisée par au moins deux des manifestations suivantes, dont l'une doit être (1) ou (2) :
1. Déficit de communication (p. ex. retard dans l'acquisition du langage, difficulté à comprendre le langage parlé).
 2. Altération des capacités d'interaction et de communication sociales (p. ex. particulièrement familier avec des étrangers, difficulté à percevoir les signaux sociaux, difficulté à comprendre les conséquences sociales).
 3. Altération des aptitudes de la vie quotidienne (p. ex. retard à la toilette, à l'alimentation ou au bain, difficulté à gérer l'emploi du temps quotidien).
 4. Altération des habiletés motrices (p. ex. faible développement de la motricité fine, retard des acquisitions de la motricité globale ou déficits actuels de la motricité globale, déficits de coordination et de l'équilibre).
- E. Début du trouble (symptômes des critères B, C et D) dans l'enfance.
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les effets physiologiques directs associés à l'utilisation postnatale d'une substance (p. ex. médicament, alcool ou autres drogues), par une affection médicale générale (p. ex. traumatisme crânien, état confusionnel, démence), un autre facteur tératogène connu (p. ex. syndrome fœtal dû à l'hydantoïne), une affection génétique (p. ex. syndrome de Williams, trisomie 21, syndrome de Cornelia de Lange) ou une négligence de l'environnement.

L'alcool est un agent tératogène neurocomportemental, et l'exposition prénatale à l'alcool a des effets tératogènes sur le développement et le fonctionnement ultérieur du système nerveux central (SNC) (Riley et al. 2011). Le trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool (TN-EPA) est une nouvelle appellation plus claire, destinée

à englober l'éventail complet des incapacités développementales associées à l'exposition à l'alcool *in utero*. Les règles diagnostiques actuelles permettent de diagnostiquer le TN-EPA que ce soit en l'absence ou en la présence de manifestations physiques de l'exposition prénatale à l'alcool (p. ex. dysmorphie faciale requise pour un diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale).

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques essentielles du TN-EPA sont la manifestation d'une altération du fonctionnement neurocognitif, comportemental et adaptatif associée à l'exposition prénatale à l'alcool. L'altération peut être attestée à partir d'évaluations diagnostiques antérieures (p. ex. évaluations psychologiques ou scolaires) ou de dossiers médicaux, de rapports obtenus auprès du sujet ou de proches et/ou de l'observation par un clinicien.

Un diagnostic clinique de syndrome d'alcoolisation fœtale, incluant une dysmorphie faciale et un retard de croissance spécifiquement liés à l'alcool en prénatal, peut être utilisé comme preuve d'une exposition prénatale à l'alcool importante. Bien que des études chez l'animal et chez l'homme aient décrit les effets indésirables de niveaux relativement faibles de consommation (Day et Richardson 2004 ; Schnieder et al. 2011 ; Young et Olney 2006), identifier quel degré d'exposition prénatale est nécessaire pour impacter significativement l'évolution neurodéveloppementale demeure un défi. Les données suggèrent que des antécédents supplémentaires à une exposition gestationnelle minimale (p. ex. plus qu'une consommation légère) précédant la découverte de la grossesse et/ou la suivant pourraient être requis. Une consommation légère est définie par 1 à 13 verres par mois pendant la grossesse avec un maximum de 2 verres bus par occasion (Dufour 1999). Identifier un seuil minimum de consommation pendant la grossesse nécessitera de prendre en considération une diversité de facteurs dont on sait qu'ils influent sur l'exposition et/ou sur les conséquences développementales, incluant la phase de développement prénatal, le tabagisme gestationnel, les facteurs génétiques maternels et fœtaux et le statut physique maternel (c.-à-d. l'âge, l'état de santé et certains problèmes obstétricaux) (Chiodo et al. 2010 ; Coles et al. 2000 ; Goodlett et al. 2005).

Les symptômes du TN-EPA incluent une altération marquée de la performance intellectuelle globale (QI) ou des altérations neurocognitives dans l'un des domaines suivants : fonctionnement exécutif, apprentissage, mémoire et/ou raisonnement visuospatial. Les altérations de l'autorégulation sont présentes et peuvent inclure une altération de la régulation de l'humeur ou du comportement, un déficit de l'attention ou une altération du contrôle des impulsions. Enfin, les altérations du fonctionnement adaptatif incluent des déficits dans la communication et une altération de la communication et de l'interaction sociales. Une altération des habiletés de la vie quotidienne (autonomie) et une altération des habiletés motrices peuvent être présentes. Comme il peut être difficile d'obtenir une évaluation précise des capacités neurocognitives d'enfants très jeunes, il est approprié de différer le diagnostic chez les enfants âgés de 3 ans ou moins.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les caractéristiques associées varient en fonction de l'âge, du degré d'exposition à l'alcool et de l'environnement du sujet. Ce diagnostic peut être porté chez une personne indépendamment du contexte socioéconomique ou culturel. Cependant, un mésusage actuel d'alcool/de substance chez les parents, une maladie mentale parentale, l'exposition à de la violence intrafamiliale ou au sein d'une communauté, le manque de soins ou les mauvais traitements, des liens rompus avec les personnes en charge du sujet, de multiples placements hors du foyer et le manque de continuité dans les soins médicaux ou psychiatriques sont souvent présents.

Prévalence

Les taux de prévalence pour le TN-EPA ne sont pas connus. Cependant, les taux de prévalence estimés des tableaux cliniques associés à l'exposition prénatale à l'alcool sont de 2 à 5 % aux États-Unis (May et al. 2009).

Développement et évolution

Chez les sujets ayant une exposition prénatale à l'alcool, la preuve d'un dysfonctionnement du SNC varie en fonction du stade du développement. Bien qu'environ la moitié des jeunes enfants exposés en prénatal à l'alcool montrent un retard de développement marqué au cours des 3 premières années de vie, d'autres enfants affectés par une exposition prénatale à l'alcool peuvent ne pas présenter de signes de dysfonctionnement du SNC jusqu'à ce qu'ils soient en âge préscolaire ou scolaire (Olson et al. 2007). En outre, les altérations des processus cognitifs de haut niveau (c.-à-d. le fonctionnement exécutif), qui sont souvent associées à l'exposition prénatale à l'alcool, peuvent être évaluées plus aisément chez des enfants plus âgés. Quand les enfants atteignent l'âge scolaire, les difficultés d'apprentissage, l'altération des fonctions exécutives et les problèmes avec les fonctions intégratives du langage apparaissent en général plus clairement, et les déficits des habiletés sociales ainsi que le comportement provocateur peuvent devenir plus évidents (Kodituwakku et al. 2011 ; Mattson et al. 2011). En particulier, comme les exigences scolaires ou autres deviennent plus complexes, des déficits plus importants sont notés. C'est la raison pour laquelle les années scolaires correspondent aux âges auxquels le diagnostic de TN-EPA est le plus probablement posé.

Risque suicidaire

Le suicide est une complication à haut risque, avec des taux augmentant significativement à la fin de l'adolescence et chez l'adulte jeune (O'Connor et Paley 2009).

Retentissement fonctionnel du trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool

Le dysfonctionnement du SNC constaté chez les individus présentant un TN-EPA conduit souvent à des affaiblissements du comportement adaptatif et à des conduites inadaptées avec des conséquences sur la vie entière (Mattson et al. 2011 ; O'Connor et Paley 2009). Les individus affectés par une exposition prénatale à l'alcool ont une prévalence plus élevée d'expériences de rupture scolaire, d'antécédents d'emplois médiocres, de problème avec la loi, de détention judiciaire ou d'hospitalisation sous contrainte et de situations de vie dépendante (Streissguth et al. 2004).

Diagnostic différentiel

Troubles imputables aux effets physiologiques associés à un usage postnatal de substance, à une autre affection médicale ou à un environnement défavorable. D'autres considérations incluent les effets physiologiques d'un usage postnatal de substance, comme une médication, de l'alcool ou d'autres substances, les troubles dus à une autre affection médicale, comme un traumatisme cérébral ou d'autres troubles neurocognitifs (p. ex. état confusionnel, trouble neurocognitif majeur [démence]) ou les effets d'un environnement défavorable.

Facteurs génétiques et tératogènes. Des affections génétiques comme le syndrome de Williams, la trisomie 21 ou le syndrome de Cornelia de Lange et d'autres affections tératogènes comme le syndrome fœtal dû à l'hydantoïne et la phénylcétonurie maternelle peuvent avoir des caractéristiques physiques et comportementales similaires. Un examen

approfondi des antécédents d'exposition prénatale est nécessaire pour identifier l'agent tératogène, et une évaluation par un généticien clinicien peut être requise pour distinguer les caractéristiques physiques associées avec telle ou telle affection génétique.

Comorbidité

Des problèmes de santé mentale ont été identifiés chez plus de 90 % des individus présentant des antécédents d'exposition prénatale à l'alcool significative. Le diagnostic comorbide le plus courant est le déficit de l'attention/hyperactivité (O'Connor et Paley 2009) mais des recherches ont montré que les individus avec un TN-EPA se distinguent par leurs caractéristiques neuropsychologiques et leur sensibilité aux interventions pharmacologiques (Mattson et al. 2011). Les autres troubles à haute probabilité de comorbidité incluent le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites (O'Connor et Paley 2009) mais la pertinence de ces diagnostics doit être considérée dans le contexte des altérations significatives du fonctionnement intellectuel global et exécutif qui sont souvent associées à l'exposition prénatale à l'alcool. Des symptômes thymiques, incluant des symptômes du trouble bipolaire et des troubles dépressifs, ont été décrits (O'Connor et Paley 2009). L'antécédent d'exposition prénatale à l'alcool est associé à un risque accru de développer des troubles liés à l'usage du tabac, de l'alcool et d'autres substances (Barr et al. 2006).

Trouble conduite suicidaire

Critères proposés

- A. Au cours des 24 derniers mois, le sujet a fait une tentative de suicide.
N.B. : Une tentative de suicide est une séquence de comportements initiés par un individu qui, au moment de l'initiation, s'attend à ce que cet ensemble d'actions conduise à sa propre mort. (Le « moment de l'initiation » est l'instant où le comportement se manifeste par l'utilisation d'un moyen).
- B. L'acte ne satisfait pas aux critères des lésions auto-infligées non suicidaires – c.-à-d. ne concerne pas les blessures auto-infligées à la surface du corps réalisées pour soulager des émotions/états cognitifs négatifs ou pour atteindre un état émotionnel positif.
- C. Le diagnostic ne s'applique pas aux idéations suicidaires ni aux actes préparatoires.
- D. L'acte n'a pas été initié au cours d'un état confusionnel ou d'un delirium.
- E. L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un but politique ou religieux.

Spécifier si :

Actuel : Moins de 12 mois depuis la dernière tentative.

En rémission précoce : 12-24 mois depuis la dernière tentative.

Spécifications

Le comportement suicidaire est souvent catégorisé en fonction de la violence de la méthode. En général, les surdoses en substances légales ou illégales sont considérées comme des méthodes non violentes, alors que le fait de sauter dans le vide, les blessures par balle et d'autres méthodes sont considérés comme violentes. Une autre dimension pour la classification est représentée par les conséquences médicales du comportement, les tentatives à haute létalité étant définies comme celles requérant une hospitalisation en médecine au décours d'une consultation dans un service d'urgence. Une dimension supplémentaire comprend le degré de préparation par opposition à l'impulsivité de la tentative, une caractéristique qui pourrait avoir des répercussions sur les conséquences médicales d'une tentative de suicide.

Si la conduite suicidaire est survenue 12 à 24 mois avant l'évaluation, le trouble est considéré comme étant en rémission précoce. Les individus restent à haut risque de récurrence de tentatives de suicide et de décès dans les 24 mois après une tentative de suicide (Beautrais 2003), et la période de 12 à 24 mois après que le comportement ait eu lieu est spécifiée en « rémission précoce ».

Caractéristiques diagnostiques

La manifestation essentielle du trouble conduite suicidaire est la tentative de suicide. Une *tentative de suicide* est un comportement que l'individu a entrepris avec une certaine intention de mourir. Le comportement peut ou non conduire à une blessure ou à des conséquences médicales sérieuses. Plusieurs facteurs peuvent influencer les conséquences médicales de la tentative de suicide, incluant une absence de préparation, un manque de connaissance sur la létalité de la méthode choisie, une faible intentionnalité ou une ambivalence, ou une intervention fortuite par d'autres personnes après que le comportement ait été engagé. Ces éléments ne doivent pas être considérés lorsque l'on porte le diagnostic.

Déterminer le degré d'intention peut constituer un défi. Les individus peuvent ne pas reconnaître l'intention, en particulier dans les situations où cela pourrait conduire à une hospitalisation ou causer de la peine aux êtres aimés. Les marqueurs de risque comprennent le degré de préparation, incluant le choix d'un moment et d'un lieu censés réduire au minimum les possibilités d'être secouru ou d'un acte interrompu (Beck et Steer 1989), l'état mental du sujet au moment du comportement, une agitation aiguë étant particulièrement inquiétante (Busch et al. 2003), une sortie d'hospitalisation récente (Christiansen et Larsen 2012) ; ou l'interruption récente d'un stabilisateur de l'humeur comme le lithium ou d'un antipsychotique comme la clozapine dans le cas d'une schizophrénie (Cipriani et al. 2005 ; Meltzer et al. 2003). Des exemples de « facteurs déclenchants » environnementaux comprennent le fait d'avoir récemment appris un diagnostic médical potentiellement fatal comme un cancer (Fang et al. 2012), ou d'avoir vécu la perte soudaine et inattendue d'un proche ou d'un conjoint, une perte d'emploi ou d'un déménagement. À l'inverse, les caractéristiques telles que parler aux autres des événements à venir ou se préparer à signer un contrat pour sa sécurité sont des indicateurs moins fiables.

Pour que les critères soient réunis, le sujet doit avoir fait au moins une tentative de suicide. Les tentatives de suicide peuvent inclure les comportements au cours desquels, après avoir engagé la tentative de suicide, l'individu a changé d'avis ou quelqu'un est intervenu. Par exemple, un sujet peut avoir l'intention d'ingérer une certaine quantité de médicaments ou de toxiques mais soit stoppe soit est stoppé par une autre personne avant d'avoir ingéré la quantité totale. Si l'individu est dissuadé par une autre personne ou change d'avis avant d'initier le comportement, le diagnostic ne doit pas être posé. L'acte ne doit pas répondre aux critères de lésions auto-infligées non suicidaires – c.-à-d. ne doit pas impliquer des épisodes d'automutilation répétés (au moins à cinq reprises au cours des 12 derniers mois) accomplis pour obtenir un soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs ou pour entraîner un état émotionnel positif. L'acte ne doit pas avoir été initié au cours d'un delirium ou état confusionnel. Si l'individu s'est volontairement mis en état d'ébriété avant d'initier le comportement, afin de diminuer l'anxiété anticipatoire et de minimiser la perturbation du comportement prévu, le diagnostic doit être posé.

Développement et évolution

Une conduite suicidaire peut survenir à tout moment au cours de la vie mais elle est rarement constatée chez les enfants de moins de 5 ans. Chez les enfants prépubères, le comportement consistera souvent en un comportement (p. ex. s'asseoir sur un rebord de fenêtre) qu'un parent a interdit à cause du risque d'accident. Environ

25 à 30 % des personnes qui font une tentative de suicide feront d'autres tentatives. Il existe une grande variabilité en termes de fréquence, méthode et létalité des tentatives (Christiansen et Jensen 2007 ; Owens et al. 2002). Cependant, ce n'est pas différent de ce qui est observé dans d'autres maladies, comme le trouble dépressif caractérisé, pour lequel la fréquence des épisodes, le sous-type de l'épisode et le handicap lié à un épisode donné peuvent varier de manière importante.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les conduites suicidaires varient en matière de fréquence et d'aspect clinique en fonction des cultures (Nock et al. 2012). Les différences culturelles peuvent être dues à la disponibilité de la méthode (p. ex. empoisonnement avec des pesticides dans les pays en voie de développement, blessures par balle dans le Sud-Ouest des États-Unis) ou à la présence de syndromes culturellement spécifiques (p. ex. *ataques de nervios*, qui dans certains groupes d'Amérique latine peuvent conduire à des comportements qui ressemblent de près à des tentatives de suicide ou qui peuvent faciliter les tentatives de suicide).

Marqueurs diagnostiques

Les anomalies biologiques secondaires à une tentative de suicide sont souvent manifestes. Un comportement suicidaire qui conduit à une perte de sang peut être accompagné d'anémie, d'hypotension ou d'état de choc. Les surdoses peuvent conduire à un coma ou une obnubilation et s'accompagner d'anomalies biologiques comme des déséquilibres électrolytiques.

Retentissement fonctionnel du trouble conduite suicidaire

Des affections médicales (p. ex. lacérations ou traumatisme osseux, instabilité cardiorespiratoire, inhalation de vomissement et étouffement, insuffisance hépatique secondaire à la consommation de paracétamol) peuvent être des conséquences d'un comportement suicidaire.

Comorbidité

Les conduites suicidaires se rencontrent dans le contexte de troubles mentaux variés, le plus souvent de trouble bipolaire, de trouble dépressif caractérisé, de schizophrénie, de trouble schizoaffectif, de troubles anxieux (en particulier, troubles paniques associés à un contenu catastrophique et flashbacks du TSPT), de troubles de l'usage de substance (surtout les troubles liés à l'usage d'alcool), de la personnalité borderline, de personnalité antisociale, de troubles des conduites alimentaires et de troubles de l'adaptation. Il survient rarement chez les individus sans pathologie apparente, sauf s'il est entrepris à cause d'une affection médicale douloureuse ou avec l'intention d'être un martyr pour des raisons politiques ou religieuses, ou entre conjoints dans un pacte suicidaire – ces deux situations excluant le diagnostic –, ou quand des tiers informants souhaitent dissimuler la nature du comportement.

Lésions auto-infligées non suicidaires

Critères proposés

- A. Au cours de l'année écoulée, le sujet a provoqué, pendant au moins 5 jours, des lésions auto-infligées intentionnelles sur la surface de son corps susceptibles de provoquer

saignement, contusion ou douleur (p. ex. coupure, brûlure, coup de couteau, coup, frottement excessif), en supposant que la blessure ne conduise qu'à un dommage physique mineur ou modéré (c.-à-d. qu'il n'y a pas d'intentionnalité suicidaire).

N.B. : L'absence d'intentionnalité suicidaire a été indiquée par le sujet ou peut être déduite par l'accomplissement répété par le sujet d'un comportement dont il sait, ou a appris, qu'il était peu probable qu'il entraîne la mort.

- B. Le sujet se livre à un comportement de blessure auto-infligée avec au moins une des attentes suivantes :
1. Obtenir un soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs.
 2. Résoudre une difficulté interpersonnelle.
 3. Entraîner un état émotionnel positif.
- N.B. :** Le soulagement désiré ou la réponse est ressenti pendant ou peu après la blessure auto-infligée, et le sujet peut manifester des tendances comportementales faisant suggérer une dépendance à s'y livrer à maintes reprises.
- C. La blessure auto-infligée est associée à au moins une des manifestations suivantes :
1. Difficultés interpersonnelles ou émotions ou pensées négatives telles que dépression, anxiété, tension, colère, détresse générale ou autocritique, survenant dans la période précédant immédiatement l'acte de blessure auto-infligée.
 2. Avant de se livrer à l'acte, une période de préoccupation liée à la difficulté de contrôler l'acte prévu.
 3. Survenue fréquente de pensées relatives à la blessure auto-infligée, même lorsque l'acte n'est pas exécuté.
- D. Le comportement n'est pas approuvé socialement (p. ex. piercing corporel, tatouage, partie d'un rituel religieux ou culturel) et n'est pas limité au fait de se gratter des croûtes ou de se ronger les ongles.
- E. Le comportement ou ses conséquences causent une souffrance cliniquement significative ou interfèrent avec le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou dans d'autres domaines importants.
- F. Le comportement ne survient pas exclusivement lors d'épisodes psychotiques, confusionnels, d'intoxication à une substance ou de sevrage d'une substance. Chez les sujets ayant un trouble neurodéveloppemental, le comportement ne fait pas partie d'un système répétitif de stéréotypies. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental ou par une affection médicale (p. ex. trouble psychotique, trouble du spectre de l'autisme, handicap intellectuel, syndrome de Lesch-Nyhan, mouvements stéréotypés avec blessures auto-infligées, trichotillomanie, dermatillomanie).

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle des lésions auto-infligées non suicidaires est que l'individu s'inflige de façon répétée des blessures superficielles, douloureuses, sur la surface du corps. Le plus souvent, l'objectif est de réduire des émotions négatives, comme une tension, de l'anxiété et des reproches adressés à soi-même, et/ou de résoudre une difficulté interpersonnelle. Dans certains cas, la blessure est réalisée en tant qu'autopunition méritée. L'individu rapporte souvent une sensation immédiate de soulagement qui apparaît au cours de l'acte. Quand le comportement survient fréquemment, il peut être associé à la notion d'urgence et de besoin impérieux, le type de comportement qui en résulte ressemblant à une addiction. Les blessures infligées peuvent devenir plus profondes et plus nombreuses.

La blessure est le plus souvent infligée avec un couteau, une aiguille, un rasoir ou un autre objet tranchant (Klonsky 2007). Les zones de blessure les plus fréquentes incluent

la face antérieure des cuisses et la face dorsale des avant-bras. Une seule séance de blessure peut impliquer une série de coupures superficielles, parallèles – séparées par 1 ou 2 cm – sur une zone visible ou accessible. Les coupures qui en résultent saigneront souvent et finiront par laisser un ensemble caractéristique de cicatrices.

Les autres méthodes incluent le fait de s'enfoncer une arme blanche à un endroit, le plus souvent la partie haute du bras par exemple avec une aiguille ou un couteau tranchant, pointu, ou de s'infliger une brûlure superficielle avec le mégot allumé d'une cigarette ou de se brûler la peau par frottement répété avec une gomme (Briere et Gil 1998). L'engagement dans des lésions auto-infligées non suicidaires avec des méthodes multiples est associé à une psychopathologie plus grave, incluant des tentatives de suicide (Nock et al. 2006 ; Zlotnick et al. 1997).

La grande majorité des individus qui réalisent des lésions auto-infligées non suicidaires ne recherchent pas de soins médicaux (Hawton et al. 2004). On ne sait pas si cela traduit la fréquence de l'engagement dans le trouble car le rapporter de façon fidèle est stigmatisant, ou si les comportements sont vécus positivement par la personne qui s'y engage et n'est pas motivée pour recevoir un traitement. Les jeunes enfants peuvent présenter ces comportements mais ne pas éprouver de soulagement. Dans de tels cas, les sujets jeunes rapportent souvent que la réalisation est douloureuse ou pénible et peut les conduire à interrompre l'acte.

Développement et évolution

Les lésions auto-infligées non suicidaires débutent le plus souvent dans les premières années de l'adolescence (Kumar et al. 2004) et peuvent perdurer de nombreuses années. L'admission à l'hôpital pour des lésions auto-infligées non suicidaires atteint un pic entre 20 et 29 ans puis décline (Centers for Disease Control and Prevention 2005). Cependant, les études qui ont évalué l'âge lors d'une hospitalisation n'ont pas fourni d'information sur l'âge de début du comportement, et des études prospectives sont nécessaires pour décrire l'histoire naturelle des lésions auto-infligées non suicidaires et des facteurs qui favorisent ou inhibent leur évolution. Les individus apprennent souvent ce comportement à la suite d'une recommandation ou de l'observation de quelqu'un d'autre. Les études ont montré que lorsqu'un individu qui s'engage dans des lésions auto-infligées non suicidaires est admis dans une unité d'hospitalisation, d'autres sujets peuvent s'engager dans ce comportement (Walsh et Rosen 1985).

Facteurs de risque et pronostiques

Les taux de prévalence des lésions auto-infligées non suicidaires sont plus proches chez les hommes et les femmes que pour le trouble conduite suicidaire, où le ratio femmes/hommes est d'environ 3/1 ou 4/1.

Deux théories psychopathologiques – reposant sur des analyses du comportement fonctionnel – ont été proposées : dans la première, fondée sur la théorie de l'apprentissage, un renforcement soit positif soit négatif sous-tend le comportement. Un renforcement positif peut résulter d'une autopunition que l'individu estime mériter, le comportement induisant un état plaisant ou de détente ou générant attention et aide de la part d'une personne importante pour le sujet, ou comme une expression de colère. Un renforcement négatif résulte d'une régulation des affects et de la réduction d'émotions désagréables ou d'un évitement de pensées pénibles, incluant les pensées suicidaires (Nock et Prinstein 2004). Dans la seconde théorie, les lésions auto-infligées non suicidaires sont envisagées comme une forme d'autopunition, dans laquelle les actions autopunitives sont engagées pour compenser des actes qui ont causé de la détresse et du tort aux autres.

Retentissement fonctionnel des lésions auto-infligées non suicidaires

L'acte de coupure peut être réalisé avec des instruments partagés, augmentant la possibilité de contracter une maladie à transmission sanguine.

Diagnostic différentiel

Personnalité borderline. Comme indiqué, les lésions auto-infligées non suicidaires ont longtemps été considérées comme un « symptôme » de la personnalité borderline, même si des évaluations cliniques détaillées ont trouvé que la plupart des individus présentant des lésions auto-infligées non suicidaires ont des symptômes qui répondent aussi aux critères pour d'autres diagnostics, les troubles des conduites alimentaires et les troubles de l'usage d'une substance étant particulièrement fréquents. Historiquement, les lésions auto-infligées non suicidaires étaient considérées comme pathognomoniques de la personnalité borderline. Les deux troubles sont associés à plusieurs autres diagnostics. Bien que fréquemment associée, la personnalité borderline n'est pas systématiquement retrouvée chez les individus ayant des lésions auto-infligées non suicidaires. Les deux troubles diffèrent sur plusieurs points. Les individus avec une personnalité borderline présentent souvent des comportements agressifs et hostiles, alors que les lésions auto-infligées non suicidaires surviennent plus souvent dans des périodes d'intimité, de comportements de collaboration (Granic et Dishion 2003 ; Prinstein et al. 2007) et de relations positives. À un niveau plus fondamental, il existe des différences dans l'implication de différents systèmes de neurotransmetteurs mais celles-ci ne sont pas apparentes à l'examen clinique.

Trouble conduite suicidaire. La différenciation entre lésions auto-infligées non suicidaires et trouble conduite suicidaire repose soit sur l'objectif du comportement formulé comme un souhait de mourir (trouble conduite suicidaire) soit, dans le cas des lésions auto-infligées non suicidaires, pour ressentir un soulagement comme décrit dans les critères. Selon les circonstances, les individus peuvent produire des certificats de convenue, et plusieurs études rapportent des taux élevés de fausse déclaration d'intention. Les individus aux antécédents d'épisodes fréquents de lésions auto-infligées non suicidaires ont appris qu'une séance de coupure, bien que douloureuse, est, à court terme, en général bénigne. Les individus présentant des lésions auto-infligées non suicidaires peuvent commettre et commettent des tentatives de suicides et des suicides, et il est donc important de vérifier les antécédents de conduite suicidaire et d'obtenir des informations auprès de tiers sur tout changement récent de l'exposition au stress et de l'humeur. La probabilité d'une intention suicidaire a été associée à l'utilisation antérieure de multiples méthodes d'auto-agression.

Dans une étude de suivi de cas « d'auto-agression » chez des hommes traités dans l'un des nombreux centres d'urgence au Royaume-Uni, les individus présentant des lésions auto-infligées non suicidaires étaient significativement plus susceptibles de commettre un suicide que les autres adolescents issus de la même cohorte (Hawton et al. 2012). Les études qui ont examiné les relations entre lésions auto-infligées non suicidaires et conduite suicidaire ont pour limites leur caractère rétrospectif et le fait de n'avoir pu vérifier le détail des méthodes utilisées lors des « tentatives » antérieures. Une proportion importante des sujets qui ont commis des lésions auto-infligées non suicidaires ont répondu positivement lorsqu'on leur demandait s'ils s'étaient engagés dans une coupure auto-infligée (ou leurs moyens préférés de blessure auto-infligée) avec l'intention de mourir. Il est raisonnable de conclure que les lésions auto-infligées non suicidaires, bien que ne présentant pas un haut risque de suicide quand elles se

manifestent initialement, sont une forme particulièrement dangereuse de comportement auto-dommageable.

Cette conclusion est également soutenue par une étude multisites d'adolescents déprimés n'ayant précédemment pas répondu au traitement médicamenteux antidépresseur, qui a observé que ceux ayant des lésions auto-infligées non suicidaires antérieures ne répondaient pas à la thérapie cognitivo-comportementale (Brent et al. 2008), et par une étude qui a trouvé que les lésions auto-infligées non suicidaires sont un facteur prédictif d'usage/mésusage de substance (Moran et al. 2012).

Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux). La trichotillomanie est un comportement préjudiciable limité à l'arrachage de ses propres poils, le plus souvent ses cheveux, sourcils ou cils. Le comportement survient par « séances » qui peuvent durer des heures. Cela survient plus volontiers au cours d'une période de relaxation ou de distraction.

Lésions auto-infligées stéréotypées. Les lésions auto-infligées stéréotypées, qui peuvent inclure le fait de se cogner la tête ou de se frapper soi-même, sont associées en général à un niveau intense de concentration ou à des conditions de faible stimulation externe et éventuellement à un retard de développement.

Dermatillomanie (trituration pathologique de la peau). Ce trouble survient principalement chez les femmes et consiste en général à se gratter une zone de la peau que l'individu ressent comme disgracieuse ou comme une imperfection, le plus souvent au niveau du visage ou du cuir chevelu. Comme pour les lésions auto-infligées non suicidaires, le grattage est souvent précédé par une forte envie et est vécu comme agréable, même si la personne réalise qu'elle se fait, elle-même, du mal. Il n'est pas associé à l'utilisation d'un instrument quelconque.

Références

Syndrome psychotique atténué

- Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, et al: At clinical high risk for psychosis: outcome for non-converters. *Am J Psychiatry* 168(8):800–805, 2011 21498462
- Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 69(3):220–229, 2012a 22393215
- Fusar-Poli P, McGuire P, Borgwardt S: Mapping prodromal psychosis: a critical review of neuroimaging studies. *Eur Psychiatry* 27(3):181–191, 2012b 21940151
- Howes OD, Montgomery AJ, Asselin MC, et al: Elevated striatal dopamine function linked to prodromal signs of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 66(1):13–20, 2009 19124684
- Howes OD, Bose SK, Turkheimer F, et al: Dopamine synthesis capacity before onset of psychosis: a prospective [18F]-DOPA PET imaging study. *Am J Psychiatry* 168(12):1311–1317, 2011 21768612
- Koutsouleris N, Meisenzahl EM, Davatzikos C, et al: Use of neuroanatomical pattern classification to identify subjects in at-risk mental states of psychosis and predict disease transition. *Arch Gen Psychiatry* 66(7):700–712, 2009a 19581561
- Koutsouleris N, Schmitt GJ, Gaser C, et al: Neuroanatomical correlates of different vulnerability states for psychosis and their clinical outcomes. *Br J Psychiatry* 195(3):218–226, 2009b 19721111
- Mechelli A, Riecher-Rössler A, Meisenzahl EM, et al: Neuroanatomical abnormalities that predate the onset of psychosis: a multicenter study. *Arch Gen Psychiatry* 68(5):489–495, 2011 21536978
- Seidman LJ, Giuliano AJ, Meyer EC, et al: Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 67(6):578–588, 2010 20530007
- van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et al: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 39(2):179–195, 2009 18606047

- Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, et al: Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull* 35(5):894–908, 2009 19386578
- Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD: Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 67(2–3):131–142, 2004 14984872

Épisodes dépressifs avec hypomanie brève

- Angst J: The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 50(2–3):143–151, 1998 9858074
- Angst J, Azorin JM, Bowden CL, et al: Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in individuals with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 68(8):791–798, 2011 21810644 10.1001/archgenpsychiatry.2011.87
- Angst J, Gamma A, Bowden CL, et al: Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry, Clin Neurosci* 262(1):3–11, 2012 21818629 10.1007/s00406-011-0228-0
- Benazzi F, Akiskal H: The duration of hypomania in bipolar-II disorder in private practice: methodology and validation. *J Affect Disord* 96(3):189–196, 2006 16427136
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al: Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):543–552, 2007 17485606
- Zimmermann P, Brückl T, Nocon A, et al: Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry* 66(12):1341–1352, 2009 19996039 10.1001/archgenpsychiatry.2009.158

Deuil complexe persistant

- Boelen PA, van den Bout J: Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry* 162(11):2175–2177, 2005 16263861
- Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA: Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behav Res Ther* 44(11):1657–1672, 2006 16457778
- Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 127(1–3):352–358, 2010 20580096
- Kaplow JB, Layne CM, Pynoos RS, et al: DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: developmental considerations. *Psychiatry* 75(3):243–266, 2012 22913501
- Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B: Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 131(1–3):339–343, 2011 21216470
- Morina N, Rudari V, Bleichhardt G, Prigerson HG: Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *Int J Soc Psychiatry* 56(3):288–297, 2010 19592437
- Neria Y, Gross R, Litz B, et al: Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2. 5–3. 5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress* 20(3):251–262, 2007 17597124
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al: Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6:e1000121, 2009 19652695
- Shear MK, Simon N, Wall M, et al: Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 28(2):103–117, 2011 10.1002/da.20780 21284063
- Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, et al: Informing the symptom profile of complicated grief. *Depress Anxiety* 28(2):118–126, 2011 10.1002/da.20775 21284064

Trouble de l'usage de la caféine

- Hughes JR, Oliveto AH, Liguori A, et al: Endorsement of DSM-IV dependence criteria among caffeine users. *Drug Alcohol Depend* 52(2):99–107, 1998 9800139
- Juliano LM, Anderson BL, Griffiths RR: Caffeine, in Lowinson & Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 5th Edition, Philadelphia, PA. Edited by Ruiz P, Strain E. Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 335–353

- Juliano LM, Evatt DP, Richards BD, Griffiths RR: Characterization of individuals seeking treatment for caffeine dependence. *Psychol Addict Behav*, February 27, 2012 (Epub ahead of print) 22369218
- Kendler KS, Prescott CA: Caffeine intake, tolerance, and withdrawal in women: a population-based twin study. *Am J Psychiatry* 156(2):223–228, 1999 9989558
- Kendler KS, Myers J, O'Gardner C: Caffeine intake, toxicity and dependence and lifetime risk for psychiatric and substance use disorders: an epidemiologic and co-twin control analysis. *Psychol Med* 36(12):1717–1725, 2006 16893482 10.1017/S0033291706008622
- Kendler KS, Myers J, Prescott CA: Specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine, and nicotine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 64(11):1313–1320, 2007 17984400 10.1001/archpsyc.64.11.1313
- Oberstar JV, Bernstein GA, Thuras PD: Caffeine use and dependence in adolescents: one-year follow-up. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 12(2):127–135, 2002 12188981 10.1089/104454602760219162
- Strain EC, Mumford GK, Silverman K, Griffiths RR: Caffeine dependence syndrome: evidence from case histories and experimental evaluations. *JAMA* 272(13):1043–1048, 1994 8089887
- Striley CLW, Griffiths RR, Cottler LB: Evaluating dependence criteria for caffeine. *Journal of Caffeine Research* 1:219–225, 2011
- Svikis DS, Berger N, Haug NA, Griffiths RR: Caffeine dependence in combination with a family history of alcoholism as a predictor of continued use of caffeine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 162(12):2344–2351, 2005 16330600 10.1176/appi.ajp.162.12.2344
- Swan GE, Carmelli D, Cardon LR: Heavy consumption of cigarettes, alcohol and coffee in male twins. *J Stud Alcohol* 58(2):182–190, 1997 9065896

Usage pathologique des jeux sur internet

- Du W, Liu J, Gao X, et al: [Functional magnetic resonance imaging of brain of college students with Internet addiction] (in Chinese). *Zhong Nan Da Xue Bao Yi Xue Ban* 36(8):744–749, 2011 21937800 10.3969/j.issn.1672-7347.2011.08.008
- Fu KW, Chan WS, Wong PW, Yip PS: Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 196(6):486–492, 2010 20513862 10.1192/bjp.bp.109.075002
- Han DH, Hwang JW, Renshaw PF: Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Exp Clin Psychopharmacol* 18(4):297–304, 2010 20695685 10.1037/a0020023
- Kim SH, Baik SH, Park CS, et al: Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. *Neuroreport* 22(8):407–411, 2011 21499141 10.1097/WNR.0b013e328346e16e
- Ko CH, Yen JY, Chen CC, et al: Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *J Nerv Ment Dis* 193(11):728–733, 2005 16260926
- Shek DT, Tang VM, Lo CY: Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence* 44(174):359–373, 2009 19764272
- Stewart CS: Obsessed with the Internet: a tale from China. *Wired* January 13, 2010. Available at: http://www.wired.com/magazine/2010/01/ff_internetaddiction/all/1. Accessed January 6.
- Tao R, Huang X, Wang J, et al: Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction* 105(3):556–564, 2010 20403001 10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x
- Tsitsika A, Critselis E, Louizou A, et al: Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study. *ScientificWorldJournal* 11:866–874, 2011 21516283 10.1100/tsw.2011.85
- Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Vermulst AA, et al: Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction* 106(1):205–212, 2011 20840209 10.1111/j.1360-0443.2010.03104.x
- Weinstein A, Lejoyeux M: Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 36(5):277–283, 2010 20545603 10.3109/00952990.2010.491880
- Widyanto L, Griffiths MD, Brunsden V: A psychometric comparison of the Internet Addiction Test, the Internet-Related Problem Scale, and self-diagnosis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 14(3):141–149, 2011 21067282 10.1089/cyber.2010.0151
- Yuan K, Qin W, Wang G, et al: Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. *PLoS One* 6(6):e20708, 2011 21677775 10.1371/journal.pone.0020708
- Zhou Y, Lin FC, Du YS, et al: Gray matter abnormalities in Internet addiction: a voxel-based morphometry study. *Eur J Radiol* 79(1):92–95, 2011 19926237 10.1016/j.ejrad.2009.10.025

Trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool

- Barr HM, Bookstein FL, O'Malley KD, et al: Binge drinking during pregnancy as a predictor of psychiatric disorders on the Structured Clinical Interview for DSM-IV in young adult offspring. *Am J Psychiatry* 163(6):1061–1065, 2006 16741207
- Chiodo LM, da Costa DE, Hannigan JH, et al: The impact of maternal age on the effects of prenatal alcohol exposure on attention. *Alcohol Clin Exp Res* 34(10):1813–1821, 2010 20645933 10.1111/j.1530-0277.2010.01269.x
- Coles CD, Kable JA, Drews-Botsch C, Falek A: Early identification of risk for effects of prenatal alcohol exposure. *J Stud Alcohol* 61(4):607–616, 2000 10928732
- Day NL, Richardson GA: An analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on growth: a teratologic model. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 127C(1):28–34, 2004 15095469
- Dufour MC: What is moderate drinking? Defining “drinks” and drinking level. *Alcohol Res Health* 23(1):5–14, 1999 10890793
- Goodlett CR, Horn KH, Zhou FC: Alcohol teratogenesis: mechanisms of damage and strategies for intervention. *Exp Biol Med* (Maywood) 230(6):394–406, 2005 15956769
- Kodituwakku PW, Segall JM, Beatty GK: Cognitive and behavioral effects of prenatal alcohol exposure. *Future Neurology* 6(2):237–259, 2011
- Mattson SN, Crocker N, Nguyen TT: Fetal alcohol spectrum disorders: neuropsychological and behavioral features. *Neuropsychol Rev* 21(2):81–101, 2011 21503685 10.1007/s11065-011-9167-9
- May PA, Gossage JP, Kalberg WO, et al: Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Dev Disabil Res Rev* 15(3):176–192, 2009 19731384 10.1002/ddrr.68
- O'Connor MJ, Paley B: Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Dev Disabil Res Rev* 15(3):225–234, 2009 19731386 10.1002/ddrr.74
- Olson HC, Jirikowic T, Kartin D, Astley S: Responding to the challenge of early intervention for fetal alcohol spectrum disorders. *Infants and Young Children* 20(2):172–189, 2007
- Riley EP, Infante MA, Warren KR: Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev* 21(2):73–80, 2011 21499711 10.1007/s11065-011-9166-x
- Schneider ML, Moore CF, Adkins MM: The effects of prenatal alcohol exposure on behavior: rodent and primate studies. *Neuropsychol Rev* 21(2):186–203, 2011 21499982 10.1007/s11065-011-9168-8
- Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, et al: Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *J Dev Behav Pediatr* 25(4):228–238, 2004 15308923
- Young C, Olney JW: Neuroapoptosis in the infant mouse brain triggered by a transient small increase in blood alcohol concentration. *Neurobiol Dis* 22(3):548–554, 2006 16459096

Trouble conduite suicidaire

- Beautrais AL: Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry* 37(5):595–599, 2003 14511088
- Beck AT, Steer RA: Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 17(3):203–309, 1989 2529288
- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG: Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 64(1):14–19, 2003 12590618
- Christiansen E, Jensen BF: Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 41(3):257–265, 2007 17464707
- Christiansen E, Larsen KJ: Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department—a nested case-control design using Danish register data. *J Child Psychol Psychiatry* 53(1):16–25, 2012 21564096 10.1111/j.1469-7610.2011.02405.x
- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR: Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 162(10):1805–1819, 2005 16199826
- Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al: Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 366(14):1310–1318, 2012 22475594 10.1056/NEJMoa1110307

- Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 60(1):82–91, 2003 12511175
- Nock MK, Borges G, Ono Y (ed): *Suicide: Global Perspectives From the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2012
- Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 181:193–199, 2002 12204922

Lésions auto-infligées non suicidaires

- Brent D, Emslie G, Clarke G, et al: Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA* 299(8):901–913, 2008 18314433 10.1001/jama.299.8.901
- Briere G, Gil E: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 68(4):609–620, 1998 9809120
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control: Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS), 2005. Available at: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>. Accessed September 21, 2012
- Granic I, Dishion TJ: Deviant talk in adolescent friendships: a step toward measuring a pathogenic attractor process. *Social Development* 12:314–334, 2003
- Hawton K, Harriss L, Simkin S, et al: Self-cutting: patient characteristics compared with self-poisoners. *Suicide Life Threat Behav* 34(3):199–208, 2004 15385174
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, et al: Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry* 53(12):1212–1219, 2012 22537181 10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x
- Klonsky ED: The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 27(2):226–239, 2007 17014942
- Kumar G, Pepe D, Steer RA: Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis* 192(12):830–836, 2004 15583504
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, et al: The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 379(9812):236–243, 2012 22100201 10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Nock MK, Prinstein MJ: A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 72(5):885–890, 2004 15482046
- Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, et al: Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry, Res* 144(1):65–72, 2006 16887199
- Prinstein MJ, Guerry JD, Rancourt D: Peer contagion of adolescent nonsuicidal self-injury: support from two longitudinal studies. Presentation at symposium "A Closer Look at Functional Models of Nonsuicidal Self-injury: Results From Multi-Method Investigations" (co-chairs: Prinstein MJ, Nock MK). Philadelphia, PA, Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, November 2007
- Walsh BW, Rosen P: Self-mutilation and contagion: an empirical test. *Am J Psychiatry* 142(1):119–120, 1985 3966571
- Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, Pearlstein T: Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(6):793–798, 1997 9183134

Annexes

Principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5	1045
Glossaire des termes techniques	1057
Glossaire des concepts culturels de détresse	1077
Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)	1089
Liste numérique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC)	1117
Liste numérique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-10-MC)	1135
Conseillers et autres contributeurs du DSM-5	1161

Page laissée en blanc intentionnellement.

Principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5

Les modifications apportées aux critères diagnostiques et dans les textes d'accompagnement sont présentées dans ce chapitre dans l'ordre dans lequel les troubles apparaissent dans la classification elle-même. Cette brève description a pour but d'orienter le lecteur vers les changements les plus significatifs dans chaque catégorie diagnostique. Une description détaillée de quasiment toutes les modifications (à l'exception des changements mineurs dans le texte ou des reformulations nécessaires à la clarté) est disponible en ligne (www.psychiatry.org/dsm5). Il faut également noter que la section I contient une description des changements concernant l'organisation des chapitres dans le DSM-5, le système multiaxial et l'introduction d'évaluations dimensionnelles.

Troubles neurodéveloppementaux

Le terme *retard mental* était utilisé dans le DSM-IV. Cependant, **handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel)** est le terme adopté dans le langage courant durant les deux dernières décennies par les professionnels des milieux sanitaires, éducatifs ou autres, et par-là même par les groupes de patients ou les divers groupes de pression. Les critères diagnostiques soulignent la nécessité d'une évaluation à la fois des capacités cognitives (QI) et des capacités d'adaptation fonctionnelle. La sévérité est plus définie par ces capacités d'adaptation fonctionnelle que par la note de QI.

Les **troubles de la communication**, nouvelle dénomination des troubles phonologiques et du bégaiement du DSM-IV, respectivement, incluent les **troubles du langage** (qui combinent les précédents troubles du langage de type expressif et les troubles du langage de type mixte réceptif-expressif), le **trouble de la phonation** (auparavant trouble phonologique) et le **trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance** (auparavant bégaiement). Le **trouble de la communication sociale (pragmatique)** est également inclus ; il s'agit d'une nouvelle condition clinique impliquant des difficultés persistantes dans les utilisations sociales de la communication verbale et non verbale.

Le **trouble du spectre de l'autisme** est un nouveau trouble du DSM-5 incluant le trouble autistique (autisme) du DSM-IV, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome de Rett et le trouble envahissant du développement non spécifié. Il est caractérisé par la présence de déficits dans deux domaines principaux : 1) un déficit de la communication et des interactions sociales et 2) des modes limités et répétitifs de comportements, d'intérêts et d'activités.

Quelques changements ont été également apportés aux critères diagnostiques du **trouble déficit de l'attention/hyperactivité** (TDAH). Des exemples ont été ajoutés aux différents items constituant les critères, afin de faciliter leur utilisation tout au long de la vie ; la description de l'âge de survenue a été modifiée (de « certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans » à « Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans ») ; les sous-types ont été remplacés par la possibilité de spécifications qui correspondent directement aux précédents sous-types ; un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme comorbide est

maintenant autorisé ; et pour les adultes, le nombre de symptômes nécessaires a été modifié, pour refléter les preuves substantielles de l'altération fonctionnelle liée au TDAH, avec un seuil fixé pour le TDAH à cinq symptômes au lieu des six nécessaires chez les sujets jeunes, à la fois pour l'altération de l'attention et pour l'hyperactivité et l'impulsivité.

Le **trouble spécifique des apprentissages** combine les diagnostics du DSM-IV de trouble de la lecture, trouble du calcul, trouble de l'expression écrite et trouble des apprentissages non spécifié. Les déficits de l'apprentissage dans les champs de la lecture, de l'expression écrite et des mathématiques sont codés comme des spécifications séparées. Dans le texte, il est reconnu que les types spécifiques de déficit de la lecture sont décrits internationalement de diverses façons par le terme *dyslexie* et les types spécifiques de déficit des mathématiques par le terme *dyscalculie*.

Les **troubles moteurs** suivants sont inclus dans le DSM-5 : trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, syndrome de Gilles de la Tourette, tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques), autres tics spécifiés et tics non spécifiés. Les critères de tic ont été standardisés pour tous les troubles dans ce chapitre.

Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Deux changements ont été faits pour le critère A de la schizophrénie : 1) la suppression de l'attribution d'un poids particulier aux idées délirantes bizarres et aux hallucinations auditives correspondant aux signes de premier rang de Schneider (p. ex. deux voix ou plus conversant entre elles), ce qui conduit à la nécessité d'au moins deux symptômes du critère A pour tout diagnostic de schizophrénie, et 2) le rajout du fait qu'au moins un des symptômes du critère A doit consister en des idées délirantes, des hallucinations ou un discours désorganisé. Les sous-types de schizophrénie présents dans le DSM-IV ont été supprimés du fait d'une stabilité limitée en tant que diagnostic, de leur faible fiabilité et de leur mauvaise validité. À la place, dans la section III du DSM-5, une approche dimensionnelle a été incluse pour coter la sévérité des symptômes centraux de la schizophrénie, et ce afin de capturer l'importante hétérogénéité rencontrée chez les sujets présentant un trouble psychotique, en termes de types de symptômes et de sévérité. Le **trouble schizoaffectif** est reconceptualisé comme un diagnostic longitudinal et non plus transversal – ainsi plus comparable à la schizophrénie, au trouble bipolaire ou au trouble dépressif caractérisé, qui sont reliés par ce trouble. Il nécessite qu'un épisode thymique caractérisé soit présent pendant la majeure partie de la durée du trouble après que le critère A ait été rempli. Le critère A pour le **trouble délirant**, ne comprend plus la nécessité que les idées délirantes ne soient pas bizarres ; le type bizarre des idées délirantes peut être maintenant spécifié, afin de maintenir la continuité avec le DSM-IV. Les critères de **catatonie** sont décrits de façon uniforme dans tout le DSM-5. En outre, la catatonie peut être diagnostiquée par le biais d'une spécification (pour les troubles dépressifs caractérisés, bipolaires et psychotiques, ce qui inclut la schizophrénie), dans le contexte d'une affection médicale connue ou comme un autre diagnostic spécifié.

Troubles bipolaires et apparentés

Les critères diagnostiques pour les **troubles bipolaires** comprennent maintenant à la fois les modifications de l'humeur et les modifications d'activité et d'énergie. Le diagnostic DSM-IV d'épisode mixte du trouble bipolaire de type I – qui nécessitait que

le sujet présente simultanément les critères complets à la fois de manie et d'épisode dépressif majeur – est remplacé par la nouvelle spécification « avec caractéristiques mixtes ». Des situations cliniques particulières peuvent être maintenant diagnostiquées sous la dénomination **autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié**, ce qui inclut la possibilité de catégoriser les sujets ayant des antécédents de trouble dépressif majeur et dont la symptomatologie réunit tous les critères pour parler d'hypomanie sauf le critère de durée (par exemple, l'épisode dure 2 ou 3 jours au lieu des 4, ou plus, jours consécutifs requis). Une autre situation clinique pouvant constituer une variante de la catégorie **autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié** correspond à un sujet présentant un nombre insuffisant de symptômes d'hypomanie pour pouvoir parler de trouble bipolaire de type II complet, bien que la durée d'au moins 4 jours soit retrouvée pour cette symptomatologie. Enfin, une spécification **avec détresse anxieuse** est définie dans ce chapitre et dans le chapitre « Troubles dépressifs ».

Troubles dépressifs

Pour répondre aux préoccupations concernant le risque potentiel de surdiagnostic et de traitement inapproprié du trouble bipolaire chez les enfants, un nouveau diagnostic, le **trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle**, est ajouté pour les enfants jusqu'à 18 ans qui présentent une irritabilité persistante et des épisodes fréquents de perte de contrôle comportemental majeure. Le **trouble dysphorique prémenstruel** passe maintenant de l'annexe B « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires » du DSM-IV, au corps du texte dans le DSM-5. Tout ce qui était rangé sous le terme dysthymie dans le DSM-IV passe maintenant dans la catégorie **trouble dépressif persistant**, qui inclut à la fois le trouble dépressif majeur chronique et le trouble dysthymique du DSM-IV. La présence au cours d'un **épisode dépressif caractérisé** d'au moins trois symptômes maniaques (insuffisants pour porter le diagnostic d'épisode maniaque) est maintenant caractérisée par la spécification « avec caractéristiques mixtes ». Dans le DSM-IV, il y avait un critère d'exclusion pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur dans le cas de symptômes dépressifs durant moins de 2 mois après le décès d'un être cher (c.-à-d. l'exclusion de la période de deuil). Ce critère d'exclusion est supprimé dans le DSM-5 pour plusieurs raisons, qui comprennent la prise en compte du fait que le deuil est un facteur de stress psychosocial sévère pouvant précipiter la survenue d'un épisode dépressif caractérisé chez un sujet présentant une vulnérabilité, débutant la plupart du temps peu après le décès, et pouvant ajouter un risque supplémentaire de souffrance, de sentiments d'inutilité, d'idéation suicidaire, d'altération de la santé physique et de moins bonnes capacités fonctionnelles sur le plan professionnel et interpersonnel. Il était important de supprimer la notion selon laquelle le deuil dure typiquement seulement 2 mois, alors que tant les praticiens que les travailleurs sociaux notent que la durée du deuil est plus fréquemment de 1 à 2 ans. Une note de bas de page détaillée a remplacé le critère d'exclusion simpliste du DSM-IV, pour permettre aux cliniciens de faire la distinction difficile entre symptômes caractéristiques du deuil et symptômes du trouble dépressif caractérisé. Enfin, une nouvelle spécification qui permet d'indiquer la présence de symptômes mixtes a été ajoutée, tant dans les troubles bipolaires que dans les troubles dépressifs.

Troubles anxieux

Le chapitre sur les troubles anxieux ne comprend plus ni le trouble obsessionnel-compulsif (qui est situé dans le nouveau chapitre « Troubles obsessionnels-compulsifs et

apparentés ») ni le trouble stress post-traumatique ou le trouble stress aigu (qui sont situés dans le nouveau chapitre « Troubles liés à un traumatisme ou à des facteurs de stress »). Les changements dans les critères de la **phobie spécifique** et de l'**anxiété sociale (phobie sociale)** comprennent la suppression de la nécessité de la reconnaissance par les sujets de plus de 18 ans que leur anxiété est excessive et déraisonnable. À la place de ce critère, l'anxiété doit être disproportionnée par rapport au danger réel ou à la menace liée à la situation, après avoir pris en compte les facteurs culturels du contexte. De plus, la durée de 6 mois de présence des symptômes est maintenant étendue à tous les âges. Les **attaques de panique** peuvent désormais être utilisées comme une spécification pour tous les troubles du DSM-5. Le **trouble panique** et l'**agoraphobie** ne sont plus liés dans le DSM-5. Ainsi, les anciens diagnostics du DSM-IV, trouble panique avec agoraphobie, trouble panique sans agoraphobie et agoraphobie sans antécédents de trouble panique, sont maintenant remplacés par les deux diagnostics, trouble panique et agoraphobie, chacun avec des critères séparés. La spécification « généralisée » pour l'anxiété sociale (phobie sociale) a été supprimée et remplacée par la spécification « seulement de performance ». L'**anxiété de séparation** et le **mutisme sélectif** sont maintenant classés dans les troubles anxieux. L'intitulé des critères est modifié pour décrire de façon plus adéquate l'expression des symptômes d'anxiété de séparation à l'âge adulte. De même, contrairement au DSM-IV, le critère diagnostique ne spécifie plus que le trouble doit survenir avant 18 ans, et une définition de la durée – « typiquement pendant 6 mois ou plus » – a été ajoutée pour les adultes afin de minimiser le risque de surdiagnostic lors de la survenue de craintes passagères.

Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés

Le chapitre « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés » est nouveau dans le DSM-5. Ces nouveaux troubles comprennent la **thésaurisation pathologique (sylllogomanie)**, la **dermatillomanie (trituration pathologique de la peau)**, le **trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une substance/un médicament** et le **trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté dû à une autre affection médicale**. Le diagnostic de trichotillomanie du DSM-IV est maintenant appelé **trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux)** et est passé de la catégorie « Troubles du contrôle des impulsions non classées ailleurs » du DSM-IV à celle intitulée « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés » dans le DSM-5. La spécification « avec peu d'*insight* » du DSM-IV pour le trouble obsessionnel-compulsif a été précisée pour permettre la distinction entre les sujets ayant une bonne ou assez bonne prise de conscience du trouble ou *insight*, ceux avec une mauvaise prise de conscience ou *insight* et ceux avec une absence de prise de conscience ou *insight*/croyances délirantes (c.-à-d. que le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif sont vraies). Les mêmes spécifications concernant « la prise de conscience du trouble ou *insight* » ont été incluses pour l'obsession d'une dysmorphie corporelle et pour la thésaurisation pathologique (sylllogomanie). Une spécification « en relation avec des tics » a également été ajoutée pour le trouble obsessionnel-compulsif car la présence de tics comorbides peut avoir des conséquences cliniques importantes. Une spécification « avec dysmorphie musculaire » a été ajoutée pour l'**obsession d'une dysmorphie corporelle** pour refléter l'importante augmentation de la littérature portant sur la validité diagnostique et l'utilité clinique de faire cette distinction chez les sujets présentant une obsession d'une dysmorphie corporelle. La forme délirante de l'obsession d'une dysmorphie corporelle

(qui permet d'identifier les sujets totalement convaincus que leurs défauts ou anomalies qu'ils perçoivent sont véritablement anormaux) n'est plus codée comme à la fois un trouble délirant de type somatique et une obsession d'une dysmorphie corporelle ; dans le DSM-5, un tel tableau clinique est simplement désigné comme une obsession d'une dysmorphie corporelle avec spécification d'absence de prise de conscience ou *insight*/croyances délirantes. Les sujets peuvent également être diagnostiqués comme présentant un **autre trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté spécifié**, qui peut inclure des manifestations comme des comportements répétitifs centrés sur le corps et une jalousie obsessionnelle, ou comme un **trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté non spécifié**.

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Pour le diagnostic de **trouble stress aigu**, les événements considérés comme traumatiques sont maintenant explicitement caractérisés quant au fait qu'ils doivent être vécus directement, ou que le sujet en est le témoin direct, ou qu'il s'agit d'un événement traumatique arrivé à un membre de la famille proche ou à un ami proche. De même, le critère A2 du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique (c.-à-d. ressentir « une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ») a été supprimé. Les **troubles de l'adaptation** ont été reconceptualisés comme un domaine hétérogène de syndromes stress-réponse qui surviennent après l'exposition à un événement pénible (traumatique ou non traumatique), plutôt que comme une catégorie résiduelle regroupant des individus qui présentent une souffrance cliniquement significative mais dont les symptômes ne répondent pas aux critères permettant de formuler le diagnostic d'un trouble précis (comme dans le DSM-IV).

Les critères du DSM-5 pour le **trouble stress post-traumatique** diffèrent de façon significative de ceux du DSM-IV. Le critère concernant le facteur de stress (critère A) est plus explicite en ce qui concerne les événements qui déterminent le caractère « traumatique » des expériences. De même, le critère A2 du DSM-IV (concernant la réaction subjective) a été supprimé. Alors qu'il y avait trois groupes de symptômes majeurs dans le DSM-IV – reviviscence, évitement/émoussement de la réactivité générale, activation neurovégétative – il y a maintenant quatre groupes de symptômes dans le DSM-5 car le groupe évitement/émoussement de la réactivité générale a été partagé en deux groupes distincts : évitement et altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Cette dernière catégorie, qui conserve la plupart des symptômes d'émoussement de la réactivité générale du DSM-IV, inclut également de nouveaux symptômes ou des symptômes reconceptualisés, comme l'état émotionnel négatif persistant. Le dernier groupe de symptômes – altérations marquées de l'éveil et de la réactivité – conserve la plupart des symptômes d'activation neurovégétative du DSM-IV. Il intègre le comportement irritable ou les accès de colère et le comportement irréflecti ou autodestructeur. Le trouble stress post-traumatique a maintenant une dimension développementale, mise en évidence par la diminution du seuil diagnostique pour les enfants et les adolescents. En outre, des critères séparés ont été ajoutés pour les enfants de 6 ans ou moins présentant ce trouble.

Dans le DSM-IV, le diagnostic au cours de l'enfance de trouble réactionnel de l'attachement avait deux sous-types : retrait émotionnel/inhibé et sociabilité indifférenciée/désinhibé. Dans le DSM-5, ces sous-types sont définis comme des troubles distincts : le **trouble réactionnel de l'attachement** et la **désinhibition du contact social**.

Troubles dissociatifs

Les changements majeurs dans le DSM-5 concernant les troubles dissociatifs sont les suivants : 1) la déréalisation est maintenant incluse dans le nom et la structure des symptômes de ce qui était appelé trouble de dépersonnalisation (**dépersonnalisation/déréalisation**) ; 2) la fugue dissociative est maintenant une spécification de **l'amnésie dissociative** plutôt qu'un diagnostic spécifique, et 3) les critères pour le **trouble dissociatif de l'identité** ont été modifiés pour indiquer que les symptômes de perturbation de l'identité peuvent être aussi bien observés que rapportés, et que les trous de mémoire peuvent concerner des événements de la vie quotidienne et pas seulement des événements traumatiques. De même, les expériences de possession pathologique observées dans certaines cultures sont incluses dans la description de la perturbation de l'identité.

Troubles à symptomatologie somatique et apparentés

Dans le DSM-5, les troubles somatoformes sont appelés **troubles à symptomatologie somatique et apparentés**. La classification du DSM-5 réduit le nombre de ces troubles et de leurs sous-catégories pour éviter les problèmes de chevauchement. Les diagnostics des troubles : somatisation, hypochondrie, trouble douloureux et trouble somatoforme indifférencié ont été supprimés. Les sujets précédemment diagnostiqués comme présentant un trouble somatisation ont la plupart du temps des symptômes qui répondent aux critères du trouble à symptomatologie somatique dans le DSM-5 mais seulement s'ils présentent les pensées, sentiments ou comportements inadaptés qui définissent le trouble, en plus de leurs symptômes somatiques. La distinction entre trouble somatisation et trouble somatoforme indifférencié étant arbitraire, ces deux troubles ont été fusionnés dans le DSM-5 sous la dénomination de trouble à symptomatologie somatique. Selon le DSM-5, les sujets précédemment diagnostiqués comme présentant une hypochondrie, qui manifestent une anxiété importante concernant leur santé mais pas de symptômes somatiques, auront le diagnostic de **crainte excessive d'avoir une maladie** (sauf si l'anxiété concernant leur santé est mieux expliquée par la présence d'un trouble anxieux primaire, telle qu'une anxiété généralisée). Certains sujets ayant une douleur chronique seront diagnostiqués de façon adéquate comme ayant un trouble à symptomatologie somatique, avec douleur prédominante. Pour les autres, les catégories « facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales » ou « trouble de l'adaptation » seront des diagnostics plus appropriés.

Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales est un nouveau trouble mental décrit dans le DSM-5, qui avait été précédemment décrit dans le DSM-IV dans le chapitre « Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique ». Ce trouble et les **troubles factices** sont placés parmi les troubles à symptomatologie somatique et apparentés car les symptômes somatiques sont prépondérants dans ces deux troubles et tous deux sont le plus fréquemment rencontrés dans des services de médecine. Les différentes variétés des facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales sont supprimées en faveur du diagnostic principal. Les critères du **trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle)** ont été modifiés pour mettre l'accent sur l'importance essentielle de l'examen neurologique et pour signifier qu'il est parfois impossible d'identifier des facteurs psychologiques pertinents au moment du diagnostic. Les seuls exemples retrouvés dans la catégorie **autre trouble à symptomatologie somatique ou apparenté spécifié** sont maintenant le « trouble à symptomatologie somatique bref », la « crainte excessive d'avoir une

maladie, brève », la « crainte excessive d'avoir une maladie sans comportement excessif relatif à la santé » et « la grossesse nerveuse (pseudocycèse) ».

Trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Du fait de la suppression du chapitre du DSM-IV-TR « Troubles habituellement initialement diagnostiqués durant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence », ce chapitre décrit un certain nombre de troubles retrouvés dans la section du DSM-IV « Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance », tels que le **pica** et le **mérycisme**. La catégorie du DSM-IV troubles de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance a été renommée **restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments** et les critères ont été significativement élargis. Les critères diagnostiques principaux pour l'**anorexie mentale** sont conceptuellement inchangés par rapport au DSM-IV avec une exception : la nécessité de la présence d'une aménorrhée a été supprimée. Comme dans le DSM-IV, les sujets présentant ce trouble doivent, du fait du critère A, avoir un poids significativement bas pour leur stade de développement. L'intitulé du critère a été modifié pour plus de clarté et des recommandations pour juger si un sujet est à son niveau de poids ou significativement en dessous sont fournies dans le texte. Dans le DSM-5, le critère B est élargi pour inclure non seulement la peur ouvertement exprimée de la prise de poids mais aussi un comportement persistant qui peut interférer avec la prise de poids. Le seul changement par rapport aux critères du DSM-IV de **boulimie (bulimia nervosa)** est la diminution du nombre moyen minimum requis d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie : *binge eating*) et de comportements compensatoires inappropriés qui passe d'une fréquence de deux fois par semaine à une fois par semaine. Les recherches approfondies qui ont suivi la proposition des critères préliminaires d'**hyperphagie boulimique** dans l'annexe B du DSM-IV ont fourni des éléments concernant l'utilité clinique et la validité de la catégorie « accès hyperphagiques » (*binge-eating disorder*). La seule différence significative par rapport aux critères préliminaires est que la fréquence moyenne minimum d'accès hyperphagiques nécessaires pour porter le diagnostic est d'une fois par semaine pendant les 3 derniers mois, identique en termes de fréquence à celle de la boulimie (*bulimia nervosa*) (contre au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois dans le DSM-IV).

Troubles du contrôle sphinctérien

Il n'y a eu aucun changement significatif dans cette catégorie diagnostique entre le DSM-IV et le DSM-5. Les troubles présents dans ce chapitre étaient précédemment classés dans les troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence et existent maintenant comme une classification indépendante dans le DSM-5.

Troubles de l'alternance veille-sommeil

Dans le DSM-5, les diagnostics du DSM-IV appelés troubles du sommeil liés à un autre trouble mental et troubles du sommeil dus à une affection médicale générale ont été supprimés et à la place, pour chaque trouble veille-sommeil une spécification plus importante a été fournie. Le diagnostic d'insomnie primaire a été renommé **insomnie**

pour éviter les différenciations entre insomnie primaire et secondaire. Le DSM-5 distingue la **narcolepsie** – dont on sait maintenant qu'elle est associée à un déficit en hypocretine – des autres formes d'hypersomnolences. Enfin, dans la classification des troubles de l'alternance veille-sommeil du DSM-5, des critères pédiatriques et développementaux ainsi que des éléments de texte ont été introduits quand il existe des données scientifiques et un intérêt clinique en faveur de cette intégration dans la classification. Les **troubles du sommeil liés à la respiration** sont divisés en trois troubles relativement distincts : l'apnée/hypopnée obstructive du sommeil, l'apnée centrale du sommeil et l'hypoventilation liée au sommeil. Les sous-types de **troubles de l'alternance veille-sommeil liés au rythme circadien** sont élargis, pour inclure le type avec avance de phase et le type rythme veille-sommeil irrégulier, alors que le type changement de fuseau horaire a été supprimé. L'utilisation des anciens diagnostics du DSM-IV « non spécifiés » a été réduite en définissant le **trouble du comportement en sommeil paradoxal** et le **syndrome des jambes sans repos** comme des troubles indépendants.

Dysfonctions sexuelles

Dans le DSM-5, des dysfonctions sexuelles spécifiques du genre ont été ajoutées et pour les femmes le trouble du désir sexuel et le trouble de l'excitation sexuelle ont été combinés en un seul trouble : **trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme**. Toutes les dysfonctions sexuelles (à l'exception de la **dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament**) nécessitent maintenant une durée minimum d'environ 6 mois et des critères de sévérité précis. La catégorie **trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration** a été ajoutée dans le DSM-5 et est issue de la fusion entre vaginisme et dyspareunie, qui sont très souvent comorbides et difficiles à distinguer. Le diagnostic d'aversion sexuelle a été supprimé du fait de son utilisation rare et du manque d'études scientifiques confirmant son existence.

Il y a maintenant seulement deux sous-types pour les dysfonctions sexuelles : **de tout temps** opposé à **acquis**, et **généralisé** opposé à **situationnel**. Pour indiquer la présence et le degré de corrélation avec des paramètres médicaux et non médicaux, les **caractéristiques associées** suivantes ont été ajoutées dans le texte : facteurs liés au partenaire, facteurs liés aux relations, facteurs liés à une vulnérabilité individuelle, facteurs culturels ou religieux et facteurs médicaux.

Dysphorie de genre

La **dysphorie de genre** est une nouvelle catégorie diagnostique du DSM-5, qui reflète un changement dans la conceptualisation des caractéristiques permettant de définir ce trouble en mettant l'accent sur le phénomène de « non-congruence de genre » plutôt que sur l'identification intense et persistante à l'autre sexe en elle-même, comme c'était le cas dans les critères diagnostiques du trouble de l'identité sexuelle du DSM-IV. La dysphorie de genre inclut des groupes de critères distincts : pour les enfants d'une part, et pour les adolescents et les adultes d'autre part. En ce qui concerne les adolescents et les adultes, le critère A (identification intense et persistante à l'autre sexe) et le critère B (sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante) précédents sont fusionnés. Dans l'intitulé des critères, « l'autre sexe » est remplacé par « l'autre genre » (ou « ou un genre différent »). Le terme *genre* est utilisé systématiquement à la place de *sexe*, car le concept de « *sexe* » n'est pas approprié quand on parle de sujets présentant un

trouble du développement sexuel. Dans les critères pour les enfants, « désir marqué d'appartenir à l'autre genre » remplace le précédent « exprime de façon répétée le désir d'appartenir à l'autre sexe » pour rendre compte de la situation de certains enfants, qui dans un contexte coercitif, pourraient ne pas exprimer le désir d'appartenir à un autre genre. Pour les enfants, le critère A1, (« désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre... ») est maintenant nécessaire (mais pas suffisant), ce qui rend le diagnostic plus restrictif et prudent. Les sous-types reposant sur l'orientation sexuelle ont disparu car ces distinctions n'ont pas d'utilité clinique. Une spécification **post-transition** a été ajoutée, pour identifier les sujets qui ont subi au moins une procédure médicale ou un protocole thérapeutique de changement de sexe (p. ex. un traitement hormonal de changement de sexe). Bien que ce concept de post-transition soit calqué sur le concept de rémission totale ou partielle, la notion de *rémission* a des implications en termes de réduction de symptômes qui ne peuvent être appliquées directement à la dysphorie de genre.

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Le chapitre « Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites » est nouveau dans le DSM-5 et combine des troubles retrouvés auparavant dans le chapitre « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » (c.-à-d. trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites et trouble comportement perturbateur non spécifié autrement, maintenant catégorisés comme autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites spécifié et trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites non spécifié) et dans le chapitre « Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs » (c.-à-d. trouble explosif intermittent, pyromanie et kleptomanie). Ces troubles sont tous caractérisés par la présence de problèmes de contrôle par le sujet des émotions et des comportements. Il faut noter que le TDAH est fréquemment comorbide avec les troubles de ce chapitre mais fait partie des troubles neurodéveloppementaux. Du fait de sa proximité avec le trouble des conduites, la personnalité antisociale est listée à la fois dans ce chapitre et dans le chapitre « Troubles de la personnalité », où elle est décrite en détail.

Les critères pour le **trouble oppositionnel avec provocation** sont maintenant regroupés en trois types : humeur colérique/irritable, comportement querelleur/provocateur et esprit vindicatif. De façon additionnelle, le critère d'exclusion pour le trouble des conduites a été supprimé. Les critères pour le **trouble des conduites** incluent une spécification avec des caractéristiques descriptives pour les sujets présentant l'ensemble des critères pour ce trouble mais aussi des **émotions prosociales limitées**. Le changement principal pour le **trouble explosif intermittent** se situe dans le type d'épisodes agressifs qui doivent être pris en compte. Dans le DSM-IV il fallait une agression physique, alors que dans le DSM-5 une agression verbale et une agression physique n'ayant pas pour conséquence d'endommager ou de détruire des biens matériels ni de blesser physiquement des animaux ou d'autres personnes font partie des critères. Le DSM-5 fournit également des critères plus spécifiques pour définir la fréquence des épisodes constituant les critères, et précise que les épisodes agressifs sont par nature impulsifs et/ou dus à une colère, et doivent causer une détresse significative, une altération du fonctionnement professionnel ou interpersonnel, ou être associés à des conséquences financières ou légales. En outre, un âge minimum de 6 ans (ou le niveau de développement équivalent) est maintenant nécessaire.

Troubles liés à une substance et troubles addictifs

On peut noter un écart important avec les précédents manuels diagnostiques dans le fait que le chapitre sur les troubles liés à une substance a été élargi en incluant **le jeu d'argent pathologique (trouble lié au jeu d'argent)**. Un autre changement clé est que dans le DSM-5, à la différence du DSM-IV, les diagnostics *d'abus* de substance et de *dépendance* à une substance ne sont plus séparés. Différents critères pour le **trouble de l'usage d'une substance** sont fournis, accompagnés de critères d'intoxication, de sevrage, de troubles induits par une substance et de troubles liés à une substance non spécifiés, lorsque cela est pertinent. Dans les troubles de l'usage d'une substance, le critère présent dans le DSM-IV « problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance » a été supprimé dans le DSM-5, et un nouveau critère – envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer une substance – a été ajouté. De plus, dans le DSM-5 le seuil pour le diagnostic de trouble lié à l'usage d'une substance a été fixé à deux critères ou plus, ce qui diffère du DSM-IV pour lequel le seuil pour le diagnostic d'abus de substance était d'un critère ou plus et celui pour le diagnostic de dépendance était de trois critères ou plus. Le **sevrage du cannabis** et le **sevrage de la caféine** sont de nouveaux troubles (ce dernier était présent dans l'annexe B du DSM-IV « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires »).

Dans le DSM-5, la **sévérité** des troubles de l'usage d'une substance repose sur le nombre de critères présents. La spécification du DSM-IV pour un sous-type physiologique a été supprimée dans le DSM-5, comme le diagnostic du DSM-IV de dépendance à plusieurs substances. La rémission précoce d'un trouble de l'usage d'une substance est définie, pour le DSM-5, comme au moins 3 mois et au plus 12 mois, sans répondre aux critères de trouble de l'usage d'une substance (à l'exception de l'envie impérieuse [*craving*] ou du fort désir ou du besoin pressant de consommer), et la rémission prolongée se définit comme au moins 12 mois sans répondre aux critères de trouble de l'usage d'une substance (à l'exception de l'envie impérieuse [*craving*] ou du fort désir ou du besoin pressant de consommer). Dans le DSM-5, de nouvelles spécifications additionnelles incluent « **en environnement protégé** » et « **sous traitement de maintien** » selon ce qui est justifié par la situation.

Troubles neurocognitifs

Les diagnostics de démences et de troubles amnésiques du DSM-IV ont été englobés dans l'entité nouvellement nommée **trouble neurocognitif majeur**. Le terme *démence* reste utilisé dans les sous-types étiologiques dans lesquels cette terminologie est standard. En outre, le DSM-5 reconnaît maintenant un niveau moins sévère d'atteinte cognitive, le **trouble neurocognitif léger**, qui est un nouveau diagnostic permettant le diagnostic de syndromes moins invalidants qui peuvent néanmoins faire l'objet de préoccupations cliniques et de traitements. Des critères diagnostiques sont fournis pour tous ces troubles et sont suivis des critères diagnostiques pour les différents **sous-types étiologiques**. Dans le DSM-IV, des diagnostics spécifiques étaient individualisés pour la démence de type Alzheimer, la démence vasculaire et la démence persistante due à une substance, alors que les autres troubles neurodégénératifs étaient classés sous le terme démence due à une autre affection médicale, avec le VIH, le traumatisme crânien, la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, la maladie de Pick, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et d'autres affections médicales spécifiées. Dans le DSM-5, le trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer et le trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une maladie vasculaire ont été conservés, alors que

de nouveaux critères spécifiques sont présentés pour le trouble neurocognitif majeur ou léger frontotemporal, le trouble neurocognitif avec corps de Lewy et les troubles neurocognitifs dus à une lésion cérébrale traumatique, à l'utilisation d'une substance/d'un médicament, à une infection par le VIH, à une maladie à prions, à la maladie de Parkinson, à la maladie de Huntington, à une autre affection médicale et à des étiologies multiples. Le trouble neurocognitif non spécifié est également inclus comme un diagnostic.

Troubles de la personnalité

Les critères des troubles de personnalité de la section II du DSM-5 n'ont pas été modifiés par rapport à ceux du DSM-IV. Une approche alternative pour le diagnostic des troubles de la personnalité a été développée pour le DSM-5 en vue d'études à venir et peut être trouvée dans la section III (cf. « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 »). Pour les **critères généraux de trouble de la personnalité**, présentés dans la section III, un critère révisé concernant le fonctionnement lié à la personnalité (critère A) a été développé, fondé sur une revue de la littérature des évaluations cliniques fiables des principales déficiences liées à la pathologie de la personnalité. Un diagnostic de **trouble de la personnalité spécifié par des traits**, reposant sur l'altération moyenne ou plus importante du fonctionnement de la personnalité et la présence de traits de personnalité pathologiques, remplace le trouble de personnalité non spécifié et fournit un diagnostic beaucoup plus informatif pour les sujets qui ne peuvent pas être décrits de façon optimale comme ayant un trouble de la personnalité spécifique. L'accent mis sur le fonctionnement de la personnalité et sur les critères fondés sur les traits de personnalité augmente la stabilité et les bases empiriques de ces troubles. Le **fonctionnement de la personnalité** et les **traits de personnalité** peuvent également être évalués, que la personne ait ou pas un trouble de personnalité – une caractérisation qui fournit des informations cliniquement utiles pour tous les sujets.

Troubles paraphiliques

Une modification importante par rapport au DSM-IV est l'ajout des spécifications « **en environnement contrôlé** » et « **en rémission** », concernant l'évolution du trouble, aux critères diagnostiques pour tous les troubles paraphiliques. Ces spécifications ont été ajoutées pour indiquer des changements importants dans le statut d'un sujet. Dans le DSM-5, les paraphilies ne sont pas, par elles-mêmes, des troubles mentaux. Il y a une distinction entre paraphilies et troubles paraphiliques. Un trouble paraphilique est une paraphilie qui cause actuellement au sujet une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement, ou une paraphilie dont la satisfaction a entraîné une atteinte pour le sujet ou un risque d'atteinte pour autrui. Une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique, et une paraphilie en elle-même ne justifie ni ne nécessite automatiquement une intervention clinique. **La distinction entre paraphilies et troubles paraphiliques** a été mise en place sans changer la structure fondamentale des critères diagnostiques qui existent depuis le DSM-III-R. Le changement proposé dans le DSM-5 réside dans le fait que les sujets qui présentent à la fois le critère A et le critère B recevront maintenant le diagnostic de trouble paraphilique. Le diagnostic ne sera pas appliqué aux sujets dont les symptômes remplissent le critère A mais pas le critère B – c'est-à-dire les sujets présentant une paraphilie mais pas un trouble paraphilique.

Page laissée en blanc intentionnellement.

Glossaire des termes techniques¹

aboulie (*avolition*) Incapacité à initier et à poursuivre des activités orientées vers un but. Quand le trouble est suffisamment important pour être considéré comme pathologique, l'aboulie est généralisée et empêche le sujet de terminer de nombreux types d'activités différentes (p. ex. travail, activité intellectuelle, soin de sa propre personne).

accès de colère (*temper outburst*) Explosion émotionnelle, généralement observée chez les enfants ou des personnes en détresse émotionnelle, et typiquement caractérisée par de l'entêtement, des pleurs, des cris, de la provocation, des tirades coléreuses, une résistance aux tentatives d'apaisement et, dans certains cas, le fait de frapper. Le contrôle physique peut être perdu. La personne peut être incapable de rester immobile, et même si son « objectif » est atteint, elle ne se calme pas forcément.

addiction(s) sans substance (*nonsubstance addiction[s]*) Trouble du comportement (également appelée *addiction comportementale*), non lié à une substance donnant lieu à abus, qui partage certaines caractéristiques avec l'addiction induite par une substance.

affects (*affect*) Ensemble de comportements observables qui expriment un état émotionnel subjectivement éprouvé (émotion). Des exemples courants d'affects sont la tristesse, l'élation et la colère. Contrairement à *l'humeur* qui se rapporte à un « climat » émotionnel global et durable, *l'affect* se rapporte à des modifications et à des fluctuations de l'état émotionnel (le « temps » qu'il fait). Ce que l'on considère comme la gamme normale de l'expression des affects varie considérablement à la fois selon les différentes cultures et au sein d'une même culture. Les perturbations des affects incluent :

émoussés (*blunted*) Réduction significative de l'intensité de l'expression affective.

abrasés (*flat*) Absence complète ou presque complète d'expression affective.

inappropriés (*inappropriate*) Discordance entre l'expression affective et le contenu du discours ou de la pensée.

labiles (*labile*) Variabilité anormale des affects avec modifications répétées, rapides et précipitées de l'expression affective.

restreints (*restricted or constricted*) Réduction légère du registre affectif dans son étendue et son intensité.

affectivité (*affectivity*)

négative (*negative*) Expériences fréquentes et intenses de niveaux élevés d'une large gamme d'émotions négatives (p. ex. anxiété, dépression, culpabilité/honte, soucis, colère) et de leurs manifestations comportementales (p. ex.

1. Les PETITES MAJUSCULES indiquent les termes qui se retrouvent à d'autres endroits de ce glossaire. Les définitions de ce glossaire sont issues des groupes de travail du DSM-5, de sources librement accessibles sur internet, et de glossaires des troubles mentaux publiés antérieurement (Organisation mondiale de la santé et Association américaine de psychiatrie).

auto-agression) et interpersonnelles (p. ex. dépendance). L'affectivité négative est l'un des cinq larges DOMAINES DE TRAITS DE PERSONNALITE définis dans la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 ».

restreinte (*restricted*). Peu de réactions aux situations émotionnellement stimulantes, restriction de l'expérience et de l'expression émotionnelles, indifférence ou froideur dans les situations normalement attrayantes. La restriction des affects est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉTACHEMENT.

agitation psychomotrice (*psychomotor agitation*) Activité motrice excessive associée à un sentiment de tension intérieure. L'activité est en général improductive et répétitive et se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, le fait de gigoter, d'agiter les mains, de triturer ses vêtements et l'incapacité à rester assis.

agnosie (*agnosia*) Perte de la capacité à reconnaître les personnes, les sons, les formes ou les odeurs ; elle se produit en l'absence d'un déficit sensoriel spécifique ou d'une perte de mémoire importante.

alogie (*alogia*) Appauvrissement de la pensée perceptible à travers le discours et le langage. L'alogie peut se traduire par des réponses courtes et concrètes aux questions posées et par une réduction quantitative du discours spontané (pauvreté du discours). Parfois, le discours est quantitativement adéquat mais il contient peu d'informations car il est trop concret ou trop abstrait ou encore stéréotypé (pauvreté du contenu du discours).

amnésie (*amnesia*) Incapacité à se souvenir d'informations autobiographiques importantes, qui ne concorde pas avec un oubli ordinaire.

anhédonie (*anhedonia*) Manque de plaisir éprouvé ou d'engagement ou d'énergie dans les expériences de la vie, déficit de la capacité à ressentir du plaisir et à s'intéresser aux choses. L'anhédonie est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉTACHEMENT.

anosognosie (*anosognosia*) Affection dans laquelle une personne présentant une pathologie semble ignorer l'existence de cette pathologie.

antagonisme (*antagonism*) Comportements qui conduisent le sujet à être en désaccord avec d'autres personnes, comme un sentiment exagéré de sa propre importance dans une attente concomitante d'un traitement spécial, de même qu'une antipathie et une dureté vis-à-vis d'autrui, englobant à la fois la méconnaissance des besoins et des sentiments des autres et le fait d'être prêt à les utiliser pour renforcer sa propre valorisation. L'antagonisme est l'un des cinq larges DOMAINES DE TRAITS DE PERSONNALITÉ définis dans la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 ».

anxiété (*anxiety*) Anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir, accompagnée d'un sentiment de soucis, de détresse et/ou de symptômes somatiques de tension. L'anxiété peut être centrée sur un danger anticipé intérieur ou extérieur.

anxieuse (tendance) (*anxiousness*) Sentiments de nervosité, ou de tension en réaction à diverses situations, soucis fréquents à propos des effets négatifs d'expériences passées désagréables et de possibilités futures négatives, éprouve des sentiments de peur ou d'appréhension face à l'incertitude, s'attend au pire. La tendance anxieuse est une facette de la dimension de personnalité appelée AFFECTIVITÉ NÉGATIVE.

asocialité (*asociality*) Initiative réduite dans l'interaction avec d'autres personnes.

assignation d'une identité de genre (*gender assignment*) Attribution d'une identité de genre initiale comme homme ou femme, qui se produit habituellement à la naissance et est ensuite désignée comme le « genre de naissance ».

attention (*attention*) Capacité à se concentrer de façon soutenue sur un stimulus particulier ou une activité précise. Un trouble de l'attention peut se manifester par une tendance à être facilement distrait (DISTRACTIBILITÉ) ou par une difficulté à terminer des tâches entreprises ou à se concentrer sur un travail.

autodétermination (*self-directedness, self-direction*) Poursuite d'objectifs cohérents et significatifs à court terme et d'objectifs de vie, utilisation de normes internes constructives et prosociales de comportements, capacité productive de réflexion sur soi.

autogynéphilie (*autogynephilia*) Excitation sexuelle chez un homme par la pensée ou l'image de lui-même en tant que femme.

cataplexie (*cataplexy*) Induction passive d'une posture maintenue malgré la pesanteur. À comparer avec la FLEXIBILITÉ CIREUSE.

cataplexie (*cataplexy*) Épisodes de perte soudaine et bilatérale du tonus musculaire responsable d'une chute du sujet souvent à l'occasion d'une émotion intense, rire de joie, colère, peur ou surprise.

cauchemar (*nightmare disorder*) Survenue répétée de rêves prolongés, extrêmement dysphoriques, et dont le sujet se souvient bien, qui impliquent généralement des efforts pour éviter des menaces quant à sa survie, sa sécurité ou son intégrité physique et qui se produisent généralement au cours de la seconde moitié de la période de sommeil. Au réveil du cauchemar, l'individu est rapidement orienté et alerte.

coma (*coma*) État de perte complète de la conscience.

compulsion (*compulsion*) Comportements répétitifs (p. ex. lavage des mains, rangement, vérification) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots en silence) que l'individu se sent contraint à accomplir en réponse à une obsession ou selon des règles qui doivent être appliquées de façon rigide. Les comportements ou actes mentaux sont destinés à prévenir ou à réduire l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à se protéger d'un événement ou d'une situation redoutée ; toutefois ces comportements ou actes mentaux ne sont pas reliés de manière réaliste avec ce qu'ils doivent neutraliser ou empêcher ou sont manifestement excessifs.

conversion (symptôme de) (*conversion symptom*) Perte ou atteinte d'une fonction de la motricité volontaire ou d'une sensorialité faisant évoquer une affection médicale ou neurologique. Des facteurs psychologiques interviennent lors du développement du symptôme qui ne peut pas être entièrement expliqué par une affection neurologique, une affection médicale ou les effets directs d'une substance. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement, n'est pas simulé et n'est pas culturellement admis.

croyances et expériences inhabituelles (*unusual beliefs and experiences*) La personne croit avoir des capacités inhabituelles comme la lecture de la pensée, la télékinésie ou la FUSION DES PENSÉES ET DES ACTIONS, expériences inhabituelles de la réalité, y compris des expériences hallucinatoires. En général, les croyances inhabituelles ne présentent pas le même niveau de conviction que les IDÉES DÉLIRANTES. Les croyances et expériences inhabituelles sont une facette de la dimension de personnalité appelée PSYCHOTICISME.

cycles rapides (*rapid cycling*) Terme désignant un trouble bipolaire caractérisé par la présence d'au moins quatre épisodes thymiques au cours des 12 mois précédents, qui répondent aux critères d'un épisode hypomaniaque, maniaque ou dépressif caractérisé. Les épisodes sont délimités soit par des rémissions partielles ou complètes d'au moins 2 mois soit par une transition à un épisode de la polarité opposée (p. ex. d'un épisode dépressif caractérisé à un épisode maniaque). La spécification de cycles rapides peut être appliquée à un trouble bipolaire de type I ou II.

défense (mécanisme de) (*defense mechanism*) Les mécanismes de défense servent d'intermédiaires dans la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes. Certains de ces mécanismes (p. ex. projection, clivage et passage à l'acte) sont presque toujours inadaptés. D'autres (p. ex. annulation et déni) sont adaptés ou non selon leur intensité, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent.

dépersonnalisation (*depersonalization*) Expérience d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental, de son corps ou de ses actions (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment d'irréalité de soi, d'aliénations de la perception, engourdissement émotionnel et/ou physique, distorsions temporelles, sentiment d'irréalité).

dépressivité (*depressivity*) Sentiment d'intense tristesse, d'être misérable et/ou sans espoir. Certains patients décrivent une absence de sentiments et/ou de la dysphorie, une difficulté à se remettre de tels états d'âme, du pessimisme à propos du futur, des sentiments envahissants de honte et/ou de culpabilité, des sentiments d'infériorité, des idées de suicide et un comportement suicidaire. La dépressivité est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉTACHEMENT.

déréalisation (*derealization*) Expérience d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre entourage (p. ex. les individus et les objets sont perçus comme irréels, dans un rêve, brumeux, sans vie ou visuellement déformés).

désinhibition (*disinhibition*) Recherche de satisfactions immédiates, ce qui conduit à un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans tenir compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures. Le PERFECTIONNISME RIGIDE, au pôle opposé de ce domaine, se traduit par une contrainte excessive des impulsions, l'évitement du risque, l'hyperresponsabilité, l'hyperperfectionnisme et un comportement rigide, régi par des règles. La désinhibition est l'un des cinq larges DOMAINES DE TRAITS DE PERSONNALITÉ définis dans la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 ».

désorientation (*disorientation*) Confusion au sujet de la date ou de l'heure, de la saison, du lieu ou de l'identité des personnes.

détachement (*detachment*) Évitement des expériences sociales et émotionnelles, incluant à la fois le RETRAIT des interactions interpersonnelles (allant des interactions quotidiennes épisodiques aux relations amicales et intimes [c.-à-d. ÉVITEMENT DE L'INTIMITÉ]) et AFFECTIVITÉ RESTREINTE, en particulier une capacité hédonique limitée. Le détachement est l'un des cinq larges DOMAINES DE TRAITS DE PERSONNALITÉ définis dans la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 ».

détresse psychologique (*psychological distress*) Gamme de symptômes et d'expériences de la vie intérieure d'une personne qui sont communément considérés comme inquiétants, déroutants ou sortant de l'ordinaire.

deuil, perte d'un être cher (*bereavement*) Décès d'un individu avec qui on a eu une relation étroite. Cet état inclut un éventail de réactions de douleur liée au deuil et de processus de deuil.

développement sexuel (troubles du) (*disorder of sex development*) Affection marquée par des variations somatiques importantes de l'appareil reproducteur par rapport à la norme et/ou de discordances entre les indicateurs biologiques masculins et féminins.

discours répétitif (*repetitive speech*) Répétitions morphologiquement hétérogènes dans le discours.

dissociation (*dissociation*) Scission de groupes de contenus mentaux hors de la conscience. La dissociation est un mécanisme central des troubles de conversion et des troubles dissociatifs. Le terme est également utilisé pour décrire la séparation d'une idée de sa signification émotionnelle et de l'affect, comme les affects inappropriés observés dans la schizophrénie. Faisant souvent suite à un traumatisme psychique, la dissociation peut permettre à l'individu de maintenir l'adhésion à deux vérités contradictoires, tout en restant inconscient de leur contradiction. Le trouble dissociatif de l'identité est une manifestation extrême de la dissociation, dans laquelle une personne peut présenter plusieurs personnalités indépendantes, chacune ignorant les autres.

distractibilité (*distractibility*) Difficulté pour se concentrer et fixer son attention sur les tâches, attention facilement détournée par des stimuli externes, difficulté à maintenir un comportement centré sur un objectif, y compris pour planifier ou achever une tâche. La distractibilité est une facette de la dimension de personnalité appelée désinhibition.

domaines de traits de personnalité (*personality trait domains*) Dans la taxonomie dimensionnelle de la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 », les traits pathologiques de la personnalité appartiennent à cinq grands domaines : l'AFFECTIVITÉ NÉGATIVE, le DÉTACHEMENT, l'ANTAGONISME, la DÉSINHIBITION et le PSYCHOTICISME. Vingt-cinq facettes de traits de personnalité spécifiques sont réparties dans ces cinq grands domaines de traits (p. ex. L'IMPULSIVITÉ, le PERFECTIONNISME RIGIDE).

dureté/insensibilité (*callousness*) Manque d'intérêt pour les sentiments ou les problèmes d'autrui, manque de culpabilité ou de remords à propos des effets négatifs voire nocifs de son action sur autrui. La dureté/insensibilité est une facette de la dimension de personnalité appelée ANTAGONISME.

dysarthrie (*dysarthria*) Trouble de la production sonore du langage dû à une altération structurelle ou motrice affectant l'appareil articulatoire. Ces altérations incluent la fente palatine, des troubles musculaires, une affection des nerfs crâniens, et une paralysie cérébrale affectant les structures bulbaires (c.-à-d. des troubles au niveau des motoneurons inférieurs et supérieurs).

dyskinésie (*dyskinesia*) Distorsion de mouvements volontaires avec activité musculaire involontaire.

dysphorie (humeur dysphorique) (*dysphoria [dysphoric mood]*) État dans lequel une personne éprouve d'intenses sentiments de dépression, de mécontentement et dans certains cas, une indifférence au monde qui l'entoure.

dysphorie de genre (*gender dysphoria*) Détresse qui accompagne l'incompatibilité entre le genre ressenti et exprimé et le genre attribué ou de naissance.

dysrégulation cognitive et perceptuelle (*cognitive and perceptual dysregulation*) Mode de pensée et d'expériences bizarres ou inhabituels, incluant la DÉPERSONNALISATION, la DÉRÉALISATION et la DISSOCIATION, des expériences d'état mixte éveil-sommeil, et des expériences de contrôle de la pensée. La dysrégulation cognitive et perceptuelle est une facette de la dimension de personnalité appelée PSYCHOTICISME.

dyssomnies (*dyssomnias*) Troubles primaires du sommeil ou de la veille caractérisés par une insomnie ou une hypersomnie comme manifestation principale. Les dyssomnies concernent la quantité, la qualité ou l'horaire du sommeil. Comparer avec les PARASOMNIES.

dysthymie² (*dysthymia*) Présence, chez un individu déprimé, d'au moins deux des éléments suivants : 1) perte d'appétit ou hyperphagie, 2) insomnie ou hypersomnie, 3) baisse d'énergie ou fatigue, 4) faible estime de soi, 5) difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions ou 6) sentiments de perte d'espoir.

dystonie (*dystonia*) Perturbation du tonus musculaire.

excentricité (*eccentricity*) Comportement ou allure étranges, bizarres, inhabituels et/ou discours exprimant des pensées étranges et imprévisibles, dire des choses inhabituelles ou inappropriées. L'excentricité est une facette de la dimension de personnalité appelée PSYCHOTICISME.

écholalie (*echolalia*) Répétition pathologique – comme un perroquet – et apparemment sans but (en écho) d'un mot ou d'une phrase qui viennent d'être dits par une autre personne.

échopraxie (*echopraxia*) Imitation des mouvements d'autrui.

émoussement affectif (*affective blunting*) Cf. AFFECT.

empathie (*empathy*) Compréhension et appréciation des expériences et motivations d'autrui, tolérance de points de vue différents, compréhension des effets de son comportement sur autrui.

envie impérieuse de nourriture spécifique (*specific food craving*) Désir irrésistible pour certains types d'aliments.

épisode (épisode) (*episode [episodic]*) Durée de temps spécifique pendant laquelle le patient a développé ou éprouvé des symptômes qui répondent aux critères diagnostiques d'un trouble mental donné. Selon le type de trouble mental, l'épisode désigne un certain nombre de symptômes ou une gravité spécifique ou la fréquence des symptômes. L'épisode peut encore être différencié comme un épisode unique (premier) ou une récurrence ou une rechute d'épisodes multiples le cas échéant.

euphorie (*euphoria*) État mental et émotionnel dans lequel une personne éprouve des sentiments intenses de bien-être, d'élation, de bonheur, d'excitation et de joie.

éveil (*arousal*) État physiologique et psychologique d'être éveillé ou réactif aux stimuli.

2. NDT. Cette définition reprend le critère B du trouble dépressif persistant (dysthymie) mais ignore le critère A qui spécifie une durée supérieure ou égale à 2 ans chez l'adulte (au moins 1 an chez l'enfant et l'adolescent).

évitement (*avoidance*) Le fait de s'éloigner des circonstances liées au stress, tendance à éviter les signes, les activités et les situations qui rappellent à l'individu un événement stressant vécu.

évitement de l'intimité (*intimacy avoidance*) Évitement des relations proches ou sentimentales, des attachements interpersonnels et des relations sexuelles intimes. L'évitement de l'intimité est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉTACHEMENT.

expression de genre (*gender expression*) Manières spécifiques selon laquelle les individus jouent le rôle de genre défini dans leur société.

facettes de traits de la personnalité (*personality trait facets*) Composantes spécifiques de la personnalité qui constituent les cinq larges domaines de traits de la personnalité dans la taxonomie dimensionnelle de la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 ». Par exemple, le large domaine de l'antagonisme est composé des facettes suivantes : MANIPULATOIRES (TENDANCES), MALHONNÊTÉTÉ, GRANDIOSITÉ, ATTENTION (RECHERCHE D'), DURETÉ/INSENSIBILITÉ et HOSTILITÉ.

facteur de stress (*stressor*) Tout facteur émotionnel, physique, social, économique ou autre qui perturbe l'équilibre physiologique, cognitif, émotionnel, comportemental normal d'un individu.

traumatique (*traumatic*) Tout événement (ou les événements) pouvant entraîner la mort ou être une menace vitale, causer des blessures graves ou représenter une violence sexuelle chez une personne, un membre de sa famille proche ou un ami proche.

psychologique (*psychological*) Tout événement de vie ou changement de vie qui peut être associé de manière temporelle (et peut-être avec un lien de causalité) avec le début, l'apparition ou l'exacerbation d'un trouble mental.

fatigabilité (*fatigability*) Tendance à être facilement fatigué. Voir aussi FATIGUE.

fatigue (*fatigue*) État (aussi appelé épuisement, léthargie, indolence, langueur, lassitude et apathie) généralement associé à un affaiblissement ou à l'épuisement des ressources physiques et/ou mentales d'un individu, variant d'un état général de léthargie à une sensation particulière, induite par le travail, de brûlure dans les muscles. La fatigue physique entraîne une incapacité de continuer à fonctionner au niveau normal d'activité. Bien que très répandu dans la vie quotidienne, cet état ne devient généralement particulièrement prégnant qu'au cours d'un exercice intense. La fatigue mentale, en revanche, se manifeste le plus souvent par de la SOMNOLENCE (envie de dormir).

flashback (*flashback*) État dissociatif au cours duquel les aspects d'un événement traumatique sont revécus comme s'ils avaient lieu au moment même.

flexibilité cireuse (*waxy flexibility*) Résistance légère, régulière au positionnement par l'examineur. Comparer avec la CATALEPSIE.

fonctionnement de la personnalité (*personality functioning*) Modèles cognitifs de soi et des autres qui façonnent les modèles de l'engagement émotionnel et affiliatif.

fuite des idées (*flight of ideas*) Flot accéléré et quasiment ininterrompu du discours comprenant de brusques changements de sujet, qui repose habituellement sur des associations compréhensibles, des distractions par des stimuli divers ou des jeux de mots. Lorsque la fuite des idées est importante, le discours peut être désorganisé et incohérent.

fusion des idées et des actions (*thought-action fusion*) Tendance à considérer comme équivalentes les pensées et les actions.

genre (*gender*) Le rôle public vécu (et généralement de reconnaissance légale) en tant que garçon ou fille, homme ou femme. L'on considère que les facteurs biologiques contribuent, en interaction avec les facteurs sociaux et psychologiques, au développement du genre.

grandiosité (*grandiosity*) La personne croit qu'elle est supérieure aux autres et mérite un traitement spécial, est autocentrée, a le sentiment que tout lui est dû, est condescendante vis-à-vis d'autrui. La grandiosité est une facette de la dimension de personnalité appelée ANTAGONISME.

grimaces (grimacement) (*grimace [grimacing]*) Expressions faciales bizarres et inappropriées indépendantes de la situation (comme on l'observe chez les personnes atteintes de CATATONIE).

hallucinations (*hallucination*) Perception sensorielle qui procure la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle en l'absence de stimulation externe de l'organe sensoriel intéressé. Les hallucinations doivent être distinguées des ILLUSIONS au cours desquelles un stimulus extérieur est mal perçu ou mal interprété. Le sujet peut ou non être conscient du fait qu'il a une hallucination. Une personne avec des hallucinations auditives peut reconnaître qu'elle a une fausse expérience sensorielle tandis qu'une autre sera convaincue que l'origine de l'expérience sensorielle a une réalité physique propre. Le terme d'*hallucination* n'est habituellement pas appliqué aux perceptions fausses qui se produisent durant les rêves, au cours de l'endormissement (hypnagogiques) ou au réveil (hypnopompiques). Des expériences hallucinatoires transitoires peuvent survenir en l'absence de trouble mental. Les hallucinations peuvent être :

auditives (*auditory*) Hallucinations impliquant la perception d'un son, le plus souvent une voix.

congruentes à l'humeur (*mood-congruent*) Cf. PSYCHOTIQUES (CARACTÉRISTIQUES) CONGRUENTES À L'HUMEUR

géométriques (*geometric*) Hallucinations visuelles impliquant des formes géométriques comme des tunnels et des entonnoirs, des spirales, des maillages ou des toiles d'araignée.

gustatives (*gustatory*) Hallucinations impliquant le goût (habituellement désagréable).

non congruentes à l'humeur (*mood-incongruent*) Cf. PSYCHOTIQUES (CARACTÉRISTIQUES) CONGRUENTES À L'HUMEUR

olfactives (*olfactory*) Hallucinations impliquant l'odorat, p. ex. du caoutchouc brûlé ou du poisson pourri.

somatiques (*somatic*) Hallucinations impliquant la perception d'un phénomène physique à l'intérieur du corps (p. ex. la sensation d'un courant électrique). Il faut distinguer les hallucinations somatiques des sensations physiques liées à une affection médicale dont le diagnostic n'est pas encore reconnu, d'une hallucination tactile ou d'une préoccupation hypocondriaque accompagnée de sensations physiques normales.

tactiles (*tactile*) Hallucinations impliquant le sens du toucher, souvent d'être touché ou d'avoir quelque chose sous la peau. Les hallucinations tactiles les

plus courantes sont les sensations de décharge électrique et l'hallucination de fourmillement (sensation de quelque chose qui rampe ou qui grouille sur ou sous la peau).

visuelles (*visual*) Hallucinations impliquant la vue qui peuvent consister en des images élaborées comme des personnes ou des images élémentaires comme des éclairs de lumière. Il faut distinguer les hallucinations visuelles des illusions qui sont des perceptions inexactes de stimuli extérieurs réels.

hostilité (*hostility*) Sentiments de colère persistants ou fréquents, colère ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs, comportement mauvais, méchant ou vindicatif. L'hostilité est une facette de la dimension de personnalité appelée ANTAGONISME.

humeur (*mood*) Émotion globale et durable qui colore la perception du monde. Des exemples courants d'humeur sont la dépression, l'élation, la colère et l'anxiété. Contrairement à l'affect qui se réfère à des fluctuations de l'« atmosphère » émotionnelle, l'humeur se réfère à un « climat » émotionnel plus global et plus stable. Les différents types d'humeur sont les suivants :

dysphorique (*dysphoric*) Humeur à tonalité désagréable, telle que tristesse, anxiété ou irritabilité.

élevée (euphorique) (*elevated*) Sentiment exagéré de bien-être, d'euphorie ou d'élation. Une personne euphorique peut décrire son état en disant qu'elle est « au sommet », « au maximum », que c'est « l'extase », « le septième ciel » ou « le paradis ».

euthymique (*euthymic*) Humeur « normale » qui implique l'absence d'euphorie ou de dépression.

expansive (*expansive*) Manque de retenue dans l'expression des sentiments, souvent accompagné d'une surestimation de sa propre importance.

irritable (*irritable*) La personne est facilement contrariée et mise en colère.

hyperacousie (*hyperacusis*) Augmentation de la perception auditive.

hyperoralité (*hyperorality*) État dans lequel des objets inappropriés sont placés dans la bouche.

hyperphagie (*overeating*) Absorption d'une trop grande quantité de nourriture trop rapidement.

hypersexualité (*hypersexuality*) Envie plus forte qu'à l'accoutumée d'avoir une activité sexuelle.

hypersomnie (*hypersomnia*) Tendance excessive à dormir comme en témoignent un allongement du temps de sommeil nocturne, une difficulté à rester éveillé le jour ou des épisodes non désirés de sommeil au cours de la journée.

hypervigilance (*hypervigilance*) Augmentation de la sensibilité sensorielle accompagnée de comportements excessifs dont le but est de détecter les menaces. L'hypervigilance est également accompagnée d'un état d'anxiété accrue qui peut causer un épuisement. D'autres symptômes incluent une excitation exacerbée, une grande réactivité aux stimuli et un balayage continu de l'environnement à la recherche de menaces. Il y a dans l'hypervigilance un balayage perceptuel de l'environnement à la recherche d'éléments visibles, de sons, de personnes, de comportements, d'odeurs ou de toute autre chose pouvant rappeler une menace ou un traumatisme. L'individu est placé en état d'alerte afin de s'assurer qu'aucun

danger n'est proche. L'hypervigilance peut conduire à une variété de modèles de comportements obsessionnels, ainsi qu'à des difficultés dans l'interaction sociale et les relations.

hypomanie (*hypomania*) Anomalie de l'humeur ressemblant à la manie mais de moindre intensité. Cf. aussi MANIE.

hypopnée (*hypopnea*) Épisode de respiration trop superficielle ou de fréquence respiratoire anormalement basse.

idéation persécutoire (*paranoid ideation*) Idéation, d'intensité moindre que dans les idées délirantes, impliquant la méfiance ou la croyance que l'on est harcelé, persécuté ou traité injustement.

idée délirante (*delusion*) Croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement acceptée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (p. ex. il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse). Quand une croyance erronée implique un jugement de valeur, on ne la considère comme une idée délirante que si le jugement est tellement excessif qu'il dépasse toute crédibilité. Il est souvent difficile de distinguer une idée délirante d'une idée surinvestie (dans laquelle une croyance ou une idée déraisonnable existe mais sans être aussi fermement soutenue que dans le cas d'une idée délirante). Les idées délirantes sont classées selon leur contenu. Voici quelques-uns des types les plus courants d'idées délirantes :

bizarre (*bizarre*) Idée délirante concernant un phénomène que la propre culture du sujet considérerait comme tout à fait invraisemblable.

congruente à l'humeur Cf. PSYCHOTIQUES (CARACTÉRISTIQUES) CONGRUENTES À L'HUMEUR.

d'influence (*of being controlled*) Délire dans lequel les sensations, les impulsions, les pensées ou les actions sont ressenties comme n'étant pas propres au sujet mais imposées par une force extérieure.

de divulgation de la pensée (*broadcasting*) Délire selon lequel les pensées d'un sujet sont diffusées si fort qu'elles peuvent être perçues par d'autres.

de grandeur (*grandiose*) Idée délirante qui implique de la part du sujet un sentiment exagéré de son importance, de son pouvoir, de son savoir, de son identité ou de ses relations privilégiées avec Dieu ou une autre personne célèbre.

de jalousie (*delusional lealously*) Idée délirante selon laquelle le partenaire sexuel est infidèle.

de persécution (*persecutory*) Délire dans lequel le thème central consiste pour le sujet à être attaqué, harcelé, trompé, persécuté ou victime d'une conspiration.

de référence (*of reference*) Délire selon lequel les événements, les objets ou les autres personnes de l'environnement immédiat du sujet ont une signification particulière et inhabituelle. Ces idées délirantes sont généralement négatives ou péjoratives mais elles peuvent aussi impliquer des thèmes de grandeur. Cela diffère d'une simple *idée de référence* dans laquelle la croyance erronée n'est pas aussi fermement soutenue que dans l'idée délirante ni organisée en système de croyance authentique.

- de type mixte** (*mixed type*) Idées délirantes de plus d'un type (p. ex. érotomaniac, de grandeur, de persécution, somatique) dans lesquelles aucun thème ne prédomine.
- érotomaniac** (*erotomanic*) Idée délirante selon laquelle une autre personne, habituellement de rang social plus élevé que le sujet, est amoureuse de ce dernier.
- non congruente à l'humeur** Cf. PSYCHOTIQUES (CARACTÉRISTIQUES) CONGRUENTES À L'HUMEUR.
- pensées imposées** (*thought insertion*) Délire selon lequel certaines des pensées d'un sujet ne lui appartiennent pas mais ont plutôt été introduites dans son esprit.
- somatique** (*somatic*) Délire dans lequel le thème central touche au fonctionnement du corps.
- idée surinvestie** (*overvalued idea*) Croyance déraisonnable et persistante que le sujet défend avec une intensité moindre que dans le cas d'une idée délirante (c.-à-d. que la personne est capable de reconnaître que sa croyance peut ne pas être vraie). La croyance ne fait pas partie de celles qui sont habituellement acceptées par d'autres membres de la culture ou de la sous-culture du sujet.
- idées de référence** (*ideas of reference*) La personne a le sentiment que des incidents survenus et des événements externes ont une signification particulière et inhabituelle, destinée en propre à elle-même. Une idée de référence doit être distinguée d'une IDÉE DÉLIRANTE DE RÉFÉRENCE, dans laquelle on observe une conviction délirante dans la croyance.
- idées suicidaires (idéation suicidaire)** (*suicidal ideas [suicidal ideation]*) Pensées d'auto-agression, avec anticipation ou planification délibérée des techniques possibles pour causer sa propre mort.
- identité** (*identity*) Expérience de soi-même comme unique, avec des limites claires entre soi et les autres, stabilité de l'estime de soi et justesse dans sa propre évaluation, capacité à réguler une gamme d'expériences émotionnelles.
- identité de genre** (*gender identity*) Catégorie de l'identité sociale désignant l'identification d'un individu en tant qu'homme ou femme ou, parfois, d'une catégorie autre qu'homme ou femme.
- illusion** (*illusion*) Perception inexacte ou mauvaise interprétation d'un stimulus extérieur réel, p. ex. le bruissement des feuilles est pris pour des voix. Cf. aussi HALLUCINATIONS.
- impulsivité** (*impulsivity*) Action sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, action dans l'instant, sans plan ni considération pour les conséquences, difficulté à élaborer et suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle. L'impulsivité est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉINHIBITION.
- incohérence** (*incoherence*) Discours ou pensée qui est, pour l'essentiel, incompréhensible pour autrui en raison d'un manque de lien logique compréhensible entre les mots ou les phrases. La perturbation se situe à l'intérieur même des propositions, contrairement à ce qui se passe dans le relâchement des associations ou déraillement dans lequel la perturbation se trouve entre les différentes propositions. On a parfois parlé de « salade de mots » pour indiquer le degré de désorganisation linguistique. Des constructions grammaticales légèrement défectueuses ou des usages idiomatiques

caractéristiques d'une région ou d'une culture particulière, d'un défaut d'éducation ou d'une insuffisance intellectuelle ne doivent pas être considérés comme une incohérence. Enfin, ce terme ne s'applique généralement pas lorsqu'il est prouvé que la perturbation du langage est due à une aphasie.

insécurité liée à la séparation (*separation insecurity*) Peur de la solitude due au rejet ou à la séparation des personnes qui comptent pour soi, reposant sur un manque de confiance dans la capacité à prendre soin de soi, tant physiquement qu'émotionnellement. L'insécurité liée à la séparation est une facette de la dimension de personnalité appelée AFFECTIVITÉ NÉGATIVE.

insomnie (*insomnia*) Plainte subjective concernant la difficulté à trouver le sommeil ou à rester endormi ou la mauvaise qualité du sommeil.

intersexualité (*intersex condition*) Affection dans laquelle des individus présentent des indicateurs biologiques de genre sexuel contradictoires ou ambigus.

intimité (*intimacy*) Relation profonde et durable avec les autres, désir et capacité de proximité, respect mutuel dans le comportement interpersonnel.

irresponsabilité (*irresponsability*) Ne prend pas en considération – et n'honore pas – les obligations financières et les autres engagements, ne respecte pas les accords et promesses et ne les suit pas, ne se soucie pas de la propriété d'autrui. L'irresponsabilité est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉINHIBITION.

labilité émotionnelle (*emotional lability*) Instabilité des émotions et de l'humeur, émotions facilement éveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances. La labilité émotionnelle est une facette de la dimension de personnalité appelée AFFECTIVITÉ NÉGATIVE.

léthargie (*lethargy*) État de diminution de l'activité mentale, caractérisé par la lenteur, la somnolence, l'inactivité et une baisse de vigilance.

logorrhée (*pressured speech*) Discours abondant, accéléré et difficile voire impossible à interrompre. En général, il est également bruyant et emphatique. Fréquemment, le sujet parle en l'absence de la moindre stimulation sociale et il peut continuer à parler même si personne ne l'écoute.

macropsie (*macropsia*) Perception visuelle des objets plus grands que ce qu'ils sont réellement. À comparer avec la MICROPSIE.

malhonnêteté (*deceitfulness*) Tromperie et fraudes, représentation erronée de sa personne, enjolivement de la réalité ou inventions quand on relate des événements. La malhonnêteté est une facette de la dimension de personnalité appelée ANTAGONISME.

manie (*mania*) État mental caractérisé par une humeur élevée, expansive ou irritable et par un niveau constamment accru d'activité ou d'énergie. Cf. aussi HYPOMANIE.

maniérisme (*mannerism*) Style individuel particulier et caractéristique de mouvement, d'action, de pensée ou de discours.

manipulateurs (tendances) (*manipulativeness*) La personne utilise des subterfuges pour influencer ou contrôler autrui, opère avec séduction, charme, désinvolture ou des attitudes doucereuses pour aboutir à ses fins. Les tendances manipulateurs sont une facette de la dimension de personnalité appelée ANTAGONISME.

méfiance (*suspiciousness*) Attente – avec une sensibilité accrue – à ce qu'autrui ait de mauvaises intentions à son égard ou cherche à lui nuire, doute de la loyauté et de la

fidélité d'autrui, sentiments d'être maltraité, utilisé et/ou persécuté par autrui. La méfiance est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉTACHEMENT.

mélancolie (mélancolique) (*melancholia [melancholic]*) État mental caractérisé par une dépression grave.

mérycisme (*rumination [rumination disorders]*) Régurgitation répétée de nourriture sur une période d'au moins 1 mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée. Dans les troubles de la rumination, il n'existe aucune preuve qu'une affection gastro-intestinale ou qu'une autre affection médicale (p. ex. un reflux gastro-œsophagien) soit suffisante pour expliquer la régurgitation répétée.

mesures psychométriques (*psychometric measures*) Instruments standardisés tels que des échelles, des questionnaires, des tests et des évaluations conçus pour mesurer les connaissances, les capacités, les attitudes ou des traits de personnalité.

micropsie (*micropsia*) Perception visuelle des objets plus petits que ce qu'ils sont réellement. À comparer avec la MACROPSIE.

mode saisonnier (*seasonal pattern*) Mode de survenue d'un trouble mental spécifique à certaines saisons de l'année.

mouvements oculaires rapides³ (*Rapid eye movement [REM]*) Signe comportemental de la phase de sommeil au cours de laquelle le dormeur est susceptible d'expérimenter une activité mentale onirique.

mutisme (*mutism*) Réponse verbale très faible ou absente (en l'absence d'une aphasia reconnue).

narcolepsie (*narcolepsy*) Trouble du sommeil caractérisé par des périodes de somnolence extrême et d'accès de sommeil incoercibles fréquents durant la journée (attaques de sommeil). Ceux-ci doivent s'être produits au moins trois fois par semaine au cours des 3 derniers mois (en l'absence de traitement).

négativisme (*negativism*) Opposition aux suggestions ou aux conseils, comportement opposé à celui qui serait adapté à une situation spécifique ou se dirigeant contre la volonté d'autrui, y compris la résistance aux efforts de mobilisation passive.

obsession (*obsession*) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des personnes. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en exécutant une compulsion).

panique (attaques de) (*panick attacks*) Périodes délimitées, de survenue brutale, d'appréhension intense, de peur ou de terreur, souvent associées à des sentiments de catastrophe imminente. Au cours de ces attaques on relève des symptômes tels que des sensations d'être à court de respiration ou d'étouffer, des palpitations, des battements du cœur ou une accélération du rythme cardiaque, des douleurs ou une gêne thoraciques, une suffocation et une peur de devenir fou ou de perdre son contrôle. Les attaques de panique peuvent être inattendues, la survenue de

3. NDT. Cf. « Troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal » (*Non Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders*) (p. 517) et « Trouble du comportement en sommeil paradoxal » (*Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder*) (p. 527).

l'attaque n'étant pas liée à une situation déclenchante et survenant au contraire à l'improviste, ou bien peuvent être attendues, l'attaque de panique étant liée à une situation déclenchante, interne ou externe.

parasomnies (*parasomnias*) Troubles du sommeil comprenant des comportements ou des phénomènes physiologiques anormaux au cours du sommeil ou des transitions veille-sommeil. Comparer avec les DYSSOMNIES.

pensée magique (*magical thinking*) Croyance erronée que ses pensées, ses mots ou ses actions pourront entraîner ou empêcher un résultat particulier, d'une manière ou d'une autre, par des moyens défiant les lois normales de la causalité. La pensée magique peut faire partie du développement normal de l'enfant.

perfectionnisme rigide (*rigid perfectionism*) Insistance rigide pour que tout soit parfait, sans fautes ni erreurs, qu'il s'agisse de ses propres performances ou de celles d'autrui, sacrifice de la rapidité d'exécution pour s'assurer que tout est correct, croyance qu'il n'y a qu'une seule bonne manière de faire les choses, difficulté à changer d'idée et/ou de point de vue, préoccupations pour les détails, l'organisation et l'ordre. Le manque de perfectionnisme rigide est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉINHIBITION.

persévération (*perseveration*) Rester sur des tâches ou sur une façon particulière de faire les choses, bien après que le comportement ait cessé d'être efficace ou fonctionnel, poursuite du même comportement malgré des échecs répétés ou des raisons claires de l'arrêter. La persévération est une facette de la dimension de personnalité appelée AFFECTIVITÉ NÉGATIVE.

personnalité (*personality*) Modèles durables de perception, de relation ou de pensée par rapport à son environnement et à soi-même. Les TRAITS DE PERSONNALITÉ sont les aspects saillants de la personnalité qui se manifestent de manière relativement cohérente au cours du temps et à travers les situations. Selon leur gravité, des altérations du fonctionnement de la personnalité ou l'expression de traits de personnalité peuvent être le signe d'un trouble de la personnalité.

personnalité (trouble de la) spécifié par des traits (*personality disorder—trait specified*) Dans la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM 5 », catégorie diagnostique proposée lorsque l'on considère qu'un trouble de la personnalité est présent mais que les critères d'un trouble spécifique ne sont pas remplis. Le trouble de la personnalité spécifié par des traits est défini par une altération importante du fonctionnement de la personnalité, mesuré par l'Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité et par un ou plusieurs DOMAINES DE TRAITS DE PERSONNALITÉ OU FACETTES DE TRAITS DE PERSONNALITÉ pathologiques. Le trouble de la personnalité spécifié par des traits est proposé dans la section III du DSM-5 pour des études ultérieures comme une catégorie possible qui pourrait remplacer à l'avenir les catégories autre trouble de la personnalité spécifié et trouble de la personnalité non spécifié.

peur (*fear*) Réponse émotionnelle à la perception d'une menace ou d'un danger imminents associée à la réponse « combat-fuite ».

phase résiduelle (*residual phase*) Période suivant un épisode schizophrénique qui est en rémission partielle ou complète, dans laquelle certains symptômes peuvent persister, comme l'apathie, la difficulté à se concentrer et le retrait des activités sociales, voire prédominer.

phobie (*phobia*) Peur persistante d'un objet, d'une activité ou d'une situation spécifique (c.-à-d. le stimulus phobogène) hors de proportion par rapport au danger réel représenté par l'objet ou la situation spécifique, qui débouche sur un désir irrésistible de l'éviter. S'il ne peut être évité, le stimulus phobogène est supporté avec une détresse importante.

pica (*pica*) Ingestion durable de substances non comestibles et non nutritives sur une période d'au moins un mois. La consommation de substances non comestibles et non nutritives est inappropriée pour le niveau de développement de l'individu (un âge minimum de 2 ans est proposé pour le diagnostic). Le comportement alimentaire ne fait pas partie d'une pratique reconnue culturellement ou admise dans les normes sociales.

polysomnographie (*polysomnography*) La polysomnographie, également connue sous le nom d'enregistrement du sommeil, est un test multiparamétrique utilisé dans l'étude du sommeil et comme un outil diagnostique en médecine du sommeil. Le résultat du test est appelé polysomnogramme, également abrégé en PSG. Celui-ci enregistre de nombreuses fonctions du corps, y compris le cerveau (électroencéphalogramme), les mouvements oculaires (électro-oculographie), l'activité musculaire ou l'activation des muscles squelettiques (électromyographie) et le rythme cardiaque (électrocardiogramme).

posture (prise de posture) (*posturing*) Maintien spontané et actif d'une posture contre la pesanteur (comme on l'observe dans la CATATONIE). Une posture anormale peut aussi être un signe de certaines lésions cérébrales ou médullaires, dont les suivantes :

posture de décérébration (*decerebrate posture*) Les bras et les jambes sont tendus et rigides, les orteils pointent vers le bas, et la tête est arquée vers l'arrière.

posture de décortication (*decorticate posture*) Le corps est rigide, les bras sont raides et fléchis, les poings sont serrés, et les jambes sont tendues.

opisthotonos Le dos est rigide et arqué, et la tête est rejetée en arrière.

pragmatisme linguistique (*language pragmatics*) Compréhension et usage de la langue dans un contexte donné. Par exemple, l'avertissement « regarde tes mains » délivré à un enfant qui est sale est destiné non seulement à inciter l'enfant à regarder ses mains mais aussi à communiquer l'avertissement « ne salis rien ».

prise de risque (*risk taking*) Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables, superflues, sans considération pour les conséquences, manque de préoccupation pour ses propres limites et déni de la réalité d'un danger personnel, poursuite imprudente d'objectifs sans tenir compte du niveau de risque encouru. La prise de risque est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉINHIBITION.

prodrome (*prodrome*) Signe ou un symptôme précoce ou annonciateur d'un trouble.

pseudocycèse (*pseudocycesis*) Croyance erronée d'être enceinte qui est associée à des signes objectifs et des symptômes déclarés de grossesse.

psychoticisme (*psychoticism*) Fait preuve d'une large gamme de cognitions et de comportements culturellement incongrus, bizarres ou inhabituels, tant en ce qui concerne le mécanisme (p. ex. perceptions, dissociation) que le contenu (p. ex. croyances). Le psychoticisme est l'un des cinq larges DOMAINES DE TRAITS DE

PERSONNALITÉ définis dans la section III « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 ».

psychotiques (caractéristiques) (*psychotic features*) Caractéristiques marquées par des idées délirantes, des hallucinations et un trouble du cours de la pensée.

congruentes à l'humeur (*mood-congruent*) Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu est entièrement congruent aux thèmes principaux d'une humeur dépressive ou maniaque. Si l'humeur est dépressive, le contenu des idées délirantes ou des hallucinations implique des thèmes d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée. Le contenu de l'idée délirante peut comprendre des thèmes de persécution si ceux-ci sont fondés sur l'idée d'une péjoration de soi telle une punition méritée. Si l'humeur est maniaque, le contenu des idées délirantes ou des hallucinations implique des thèmes de surestimation de soi, de puissance, de savoir, d'identité ou de relations particulières avec Dieu ou un personnage illustre. Le contenu du délire peut comprendre des thèmes de persécution si ceux-ci sont fondés sur des concepts de surestimation de soi ou de punition méritée.

non congruentes à l'humeur (*mood-incongruent*) Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu n'est pas congruent aux thèmes principaux d'une humeur dépressive ou maniaque. Dans le cas d'une dépression, les idées délirantes ou les hallucinations n'impliquent pas des thèmes d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée. Dans le cas d'une manie, les idées délirantes ou les hallucinations n'impliquent pas des thèmes de surestimation de soi, de puissance, de savoir, d'identité ou de relation particulière avec Dieu ou un personnage illustre.

purge (trouble) (*purging disorder*) Trouble de l'alimentation caractérisé par un comportement récurrent de purge afin de contrôler le poids ou la silhouette, comme des vomissements auto-induits, l'abus de laxatifs, de diurétiques ou d'autres médicaments, en l'absence d'accès hyperphagiques.

ralentissement psychomoteur (*psychomotor retardation*) Ralentissement visible et généralisé des mouvements et de la parole.

réaction de sursaut (*startle response* [*"startle reaction"*]) Réaction involontaire (réflexe) à un stimulus soudain et inattendu, comme un bruit ou un mouvement brusque.

réattribution de genre (*gender reassignment*) Changement de genre qui peut être soit médical (hormones, chirurgie) soit juridique (reconnaissance dans les documents d'identité), ou les deux. En cas d'interventions médicales, on parle souvent de changement de sexe.

recherche d'attention (*attention seeking*) Se livre à un comportement destiné à attirer l'attention sur soi et se placer au centre de l'attention et de l'admiration d'autrui. La recherche d'attention est une facette de la dimension de personnalité appelée ANTAGONISME.

retrait (social) (*withdrawal, social*) Préférence pour être seul plutôt qu'avec les autres, réticence pour les situations sociales, ÉVITEMENT des activités collectives et des contacts sociaux, manque d'initiative de contact social. Le retrait (social) est une facette de la dimension de personnalité appelée DÉTACHEMENT.

rythmes biologiques (*biological rhythms*) Cf. RYTHMES CIRADIENS.

rythmes circadiens (*circadian rhythms*) Variations cycliques des fonctions physiologiques et biochimiques, du niveau d'activité veille-sommeil, et de l'état émotionnel. Les rythmes circadiens se caractérisent par un cycle de 24 heures environ, les rythmes *ultradiens* par un cycle plus court que 1 jour, et les rythmes *infradiens* par un cycle qui peut durer des semaines ou des mois.

sexe (*sex*) Indication biologique masculine ou féminine (à considérer dans le contexte de la capacité reproductrice), comme les chromosomes sexuels, les gonades, les hormones sexuelles et les organes génitaux internes et externes non ambigus.

signe (*sign*) Manifestation objective d'un état pathologique. Les signes sont observés par l'examineur plutôt que rapportés par le patient. À comparer avec SYMPTÔME.

sommeil paradoxal⁴ dès l'endormissement (*sleep-onset REM*) Apparition du sommeil paradoxal quelques minutes après l'endormissement. Ce délai d'apparition est habituellement évalué en polysomnographie par un TEST ITÉRATIF DE LATENCE D'ENDORMISSEMENT.

somnambulisme (*sleepwalking*) Épisodes répétés, pendant le sommeil, où la personne quitte son lit et déambule ; cela survient habituellement au cours du premier tiers de la principale période de sommeil. Durant une crise de somnambulisme, la personne a un regard fixe et inexpressif, elle est relativement insensible aux efforts des autres pour communiquer avec elle, et elle ne peut être réveillée que très difficilement.

somnolence (*somnolence [or "drowsiness"]*) Un état de quasi-sommeil, une forte envie de dormir ou le fait de dormir pendant des périodes inhabituellement longues. Elle a deux significations distinctes, désignant à la fois l'état habituel précédant l'endormissement et la maladie chronique qui implique d'être dans cet état indépendamment du rythme circadien. Comparer avec HYPERSOMNIE.

soucis (*worry*) Pensées désagréables ou inconfortables qui ne peuvent pas être contrôlées consciemment en essayant de porter son attention vers d'autres sujets. L'inquiétude, est souvent persistante, répétitive et hors de proportion avec le sujet source de soucis (il peut même s'agir d'une futilité).

soumission (tendance à la) (*submissiveness*) Adaptation de son propre comportement aux intérêts d'autrui, réels ou perçus, même si se conduire de la sorte va contre ses propres intérêts, besoins ou désirs. La tendance à la soumission est une facette de la dimension de personnalité appelée AFFECTIVITÉ NÉGATIVE.

stéréotypies, comportements/mouvements stéréotypés (*stereotypies, stereotyped behaviors/movements*) Conduites motrices répétitives, anormalement fréquentes, non dirigées vers un but, apparemment effectuées sous la contrainte, et non fonctionnelles (p. ex. secouer ou agiter la main, se balancer, se cogner la tête, se mordre).

stress (*stress*) Mode de réponse spécifique et non spécifique d'une personne face à des événements et des stimuli qui perturbent son équilibre et grèvent ou dépassent sa capacité à faire face.

stupeur (*stupor*) Manque d'activité psychomotrice, qui peut varier de l'absence d'interaction active avec l'environnement à une immobilité totale.

4. NDT. Ou sommeil à mouvements oculaires rapides.

subsyndromique (*subsyndromal*) En deçà d'un niveau ou d'un seuil spécifié requis pour être qualifié comme une affection spécifique. Les affections subsyndromiques⁵ (*formes frustes*) sont des affections médicales ne répondant pas aux critères complets pour un diagnostic – par exemple, parce que les symptômes sont moins graves qu'un syndrome défini – mais qui peuvent néanmoins être identifiées et rattachées au syndrome « complet ».

suicide (*suicide*) Le fait de causer intentionnellement sa propre mort.

symptôme (*symptom*) Manifestation subjective d'un état pathologique. Les symptômes sont rapportés par le patient plutôt qu'observés par l'examineur. À comparer avec **SIGNE**.

syndromes mixtes (*mixed symptoms*) La spécification « avec des caractéristiques mixtes » est appliquée à des épisodes thymiques au cours desquels des symptômes infraliminaires du pôle opposé sont présents. Ces symptômes concomitants « mixtes » sont relativement simultanés mais ils peuvent aussi présenter une étroite proximité temporelle sous la forme d'une croissance ou d'une décroissance de symptômes spécifiques appartenant au pôle opposé (c.-à-d. des symptômes dépressifs au cours des épisodes hypomaniaques ou maniaques et vice-versa).

syndrome (*syndrome*) Ensemble de signes et de symptômes reposant sur la fréquence de leur survenue conjointe ce qui fait évoquer une pathogénie, une évolution, des aspects familiaux ou des choix thérapeutiques sous-jacents communs.

syndrome d'alimentation nocturne (*night eating syndrome*) Épisodes récurrents d'alimentation nocturne, se manifestant par la prise de nourriture après un réveil pendant le sommeil ou par la consommation excessive de nourriture après le repas du soir. La personne est consciente et se souvient d'avoir mangé. L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des influences extérieures comme des changements dans le cycle veille-sommeil de l'individu ou par des normes sociales locales.

syndrome d'interruption d'un traitement antidépresseur (*antidepressant discontinuation syndrome*) Ensemble de symptômes qui peuvent survenir après l'arrêt brusque ou une réduction marquée de la dose d'un médicament antidépresseur qui a été pris en continu pendant au moins 1 mois.

syndrome des jambes sans repos (*restless legs syndrome*) Besoin impérieux de bouger les jambes, généralement accompagné ou causé par des sensations inconfortables et désagréables dans les jambes (pour le syndrome des jambes sans repos chez les enfants, la description de ces symptômes doit être faite avec les propres mots de l'enfant). Les symptômes commencent ou s'aggravent pendant les périodes de repos ou d'inactivité. Les symptômes sont partiellement ou totalement soulagés par le mouvement. Les symptômes sont plus importants le soir ou la nuit que le jour, ou ne se produisent que dans la nuit/en soirée.

synesthésies (*synesthesias*) Un état dans lequel la stimulation d'une voie sensorielle ou cognitive conduit à des expériences involontaires, automatiques dans une deuxième voie sensorielle ou cognitive.

tachypsychie (*racing thoughts*) Un état dans lequel l'esprit aborde de manière incontrôlable des pensées et des souvenirs aléatoires et passe des uns aux autres très rapidement. Parfois, les pensées sont liées, une pensée menant à une autre, d'autres

5. NDT. En français dans le texte.

fois, elles sont complètement aléatoires. Une personne présentant un épisode de tachypsychie n'a aucun contrôle sur celle-ci et est incapable de se concentrer sur un seul sujet ou est incapable de dormir.

tentative de suicide (*suicide attempt*) Tentative de mettre fin à sa propre vie, ce qui peut conduire à la mort.

terreurs nocturnes (*sleep terrors*) Épisodes récurrents de terreurs soudaines provoquant le réveil, survenant habituellement au cours du premier tiers de la principale période de sommeil et commençant par un cri de terreur. Une peur intense est présente au cours de chaque épisode ainsi que des signes d'excitation du système nerveux autonome, comme une mydriase, une tachycardie, une tachypnée et une transpiration intense.

test itératif de latence d'endormissement (*multiple sleep latency test*) Évaluation polysomnographique de la période d'endormissement, avec plusieurs cycles courts de veille-sommeil évalués au cours d'une seule session. Le test mesure de façon répétée le temps d'apparition du sommeil diurne (« latence d'endormissement ») et la survenue et le délai d'apparition de la phase de sommeil à mouvements oculaires rapides.

tic (*tic*) Mouvement moteur (ou vocalisation) involontaire, soudain, rapide, récurrent, non rythmique.

tolérance (*tolerance*) Situation qui se produit suite à l'utilisation continue d'une drogue pour laquelle une personne a besoin de doses toujours plus importantes pour obtenir le même effet.

trait de personnalité (*personality trait*) Tendance à se comporter, ressentir, percevoir et penser de manière relativement constante au cours du temps et à travers les situations où le trait peut être manifeste.

transgenres (*transgender*) Large éventail de personnes qui s'identifient de manière transitoire ou permanente à un genre différent de leur genre de naissance.

transsexuel (*transsexual*) Une personne qui recherche ou a subi une transition sociale d'homme à femme ou de femme à homme, ce qui dans de nombreux cas, mais pas toujours, peut également impliquer une transition somatique par traitement hormonal de changement de sexe et chirurgie génitale (« opération de changement de sexe ou de réattribution sexuelle »).

vécu lié à son genre (*gender experience*) Manière unique et personnelle qu'a l'individu de vivre son genre dans le contexte des rôles de genre définis par sa société.

Page laissée en blanc intentionnellement.

Glossaire des concepts culturels de détresse

Ataque de nervios

L'*ataque de nervios* (« attaque de nerfs ») est un syndrome que l'on retrouve chez des personnes d'origine latino-américaine et qui est caractérisé par des symptômes émotionnels intenses, y compris de l'anxiété aiguë, de la colère ou de l'affliction, des cris et des hurlements incontrôlables, des crises de pleurs, des tremblements, de la chaleur dans le thorax montant à la tête, une agressivité verbale et physique. Des expériences de dissociation (p. ex. dépersonnalisation, déréalisation, amnésie), des épisodes ressemblant à des crises d'épilepsie ou à des pertes de connaissance ainsi que des gestes suicidaires sont au premier plan dans certaines *ataques* mais absents dans d'autres. Une caractéristique générale d'une *ataque de nervios* est la sensation d'être hors de contrôle. Les *ataques* se présentent fréquemment comme le résultat direct d'un événement stressant concernant la famille, comme la nouvelle du décès d'un être très proche, des conflits avec le conjoint ou les enfants, ou le fait d'être témoin d'un accident impliquant un membre de la famille. Chez une minorité de personnes, aucun événement social particulier ne déclenche l'*ataque* ; en revanche, leur tendance à perdre le contrôle résulte d'une accumulation d'expériences de souffrance (Guarnaccia et al. 1993 ; Guarnaccia et al. 1996 ; Lewis-Fernández et al. 2010).

Aucune correspondance univoque entre l'*ataque de nervios* et un trouble psychiatrique spécifique n'a pu être établie, bien que plusieurs troubles, y compris le trouble panique, d'autres troubles dissociatifs spécifiés ou non spécifiés et la conversion partagent des symptômes avec l'*ataque* (Brown et Lewis-Fernández 2011 ; Guarnaccia et al. 1993 ; Lewis-Fernández et al. 2002a ; Lewis-Fernández et al. 2002b).

Dans certains échantillons en population générale, l'*ataque* est associée à des idées suicidaires, à un handicap et aux consultations ambulatoires en psychiatrie après ajustement pour des diagnostics psychiatriques, l'exposition à un événement traumatisant et d'autres covariables (Lewis-Fernández et al. 2009). Toutefois, certaines *ataques* représentent des expressions admises d'une détresse aiguë (p. ex. lors de funérailles) sans séquelles cliniques. Le terme *ataque de nervios* peut également faire référence à un idiome de détresse (*idiom of distress*)¹ qui inclut toute forme d'expression paroxystique d'émotionnalité (p. ex. crise de rire hystérique) et il peut être utilisé pour indiquer un épisode de perte de contrôle en réponse à un stress intense.

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : Indisposition en Haïti, blacking out dans le Sud des États-Unis et falling out dans les Caraïbes (Weidman 1979).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Attaque de panique, trouble panique, autre trouble dissociatif spécifié ou non spécifié, conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), trouble explosif intermittent, autre trouble anxieux spécifié ou non spécifié, autre trouble spécifié ou non spécifié lié à un traumatisme ou à des facteurs de stress.

1. NDT. Richard Rechtman traduit *idiom of distress* par la périphrase « formulation idiomatique culturellement déterminée de la souffrance » et choisit de garder le terme en anglais dans son article (R. Rechtman, De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres. Hommes & Migrations n° 1225, mai-juin 2000, 46-61).

Syndrome du Dhat

Le *syndrome du Dhat* est un terme né en Asie du Sud il y a un peu plus d'un demi-siècle pour décrire la présentation clinique habituelle de jeunes hommes qui attribuent leurs symptômes variés à une perte de sperme. Malgré le nom, il ne s'agit pas d'un syndrome distinct mais plutôt d'une explication culturelle de la détresse de patients présentant des symptômes divers comme une anxiété, une fatigue, une faiblesse, une perte de poids, une impuissance, d'autres plaintes somatiques multiples et une humeur dépressive. La caractéristique principale est l'anxiété et la détresse d'avoir perdu du *dhat* en l'absence de tout dysfonctionnement physiologique identifiable (Gautham et al. 2008). Le *Dhat* est décrit par les patients comme une perte blanche remarquée lors de la défécation ou de la miction (Murthy et Wig 2002). Les idées concernant cette substance trouvent leur origine dans le terme sanskrit *dhātu* (धातु, sperme) qui désigne dans l'Ayurveda, le système de médecine hindou, l'un des sept fluides essentiels du corps dont l'équilibre est indispensable au maintien de la santé (Jadhav 2004 ; Raguram et al. 1994).

Bien que le syndrome du *dhat* ait été formulé comme un guide culturel pour une pratique clinique locale, des idées similaires ayant trait aux effets nocifs de la perte de sperme ont été retrouvées dans une grande partie de la population générale (Malhotra et Wig 1975), ce qui suggère une disposition culturelle à expliquer des problèmes de santé et des symptômes en faisant référence au syndrome du *dhat*. Des recherches dans le cadre de lieux de soins ont donné des estimations diverses de la prévalence du syndrome (p. ex. 64 % des hommes consultant dans des cliniques psychiatriques en Inde pour des plaintes sexuelles ; 30 % des hommes consultant en médecine générale au Pakistan) (Bhatia et Malik 1991 ; Mumford 1996). Bien que le syndrome du *dhat* soit le plus souvent retrouvé chez des hommes jeunes d'origine socio-économique modeste, des hommes plus âgés peuvent également être atteints (Khan 2005). Des inquiétudes comparables concernant des pertes blanches vaginales (leucorrhée) ont été associées avec une variante de ce concept chez la femme (Trollope-Kumar 2001).

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : *Koro*² en Asie de Sud-Est, à Singapour en particulier, et *shènkūi* (腎亏) (déplétion ou déficience rénale) en Chine (Sumathipala et al. 2004).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Trouble dépressif caractérisé, trouble dépressif persistant (dysthymie), anxiété généralisée, trouble à symptomatologie somatique, crainte excessive d'avoir une maladie, trouble de l'érection, éjaculation précoce (prématurée), autre dysfonction sexuelle spécifiée ou non spécifiée, difficulté scolaire.

Kyâl cap

« Attaques de *khyâl* » (*khyâl cap*) ou « attaques de vent » désigne un syndrome que l'on retrouve parmi les Cambodgiens aux États-Unis et au Cambodge (Hinton et al. 2001 ; Hinton et al. 2010 ; Hinton et al. 2012). Les symptômes habituels incluent ceux des attaques de panique, comme des vertiges, des palpitations, des sensations de « soufflé coupé » et des extrémités froides, ainsi que d'autres symptômes d'anxiété et d'activation physiologique (p. ex. acouphènes et cervicalgies). Les attaques de *khyâl* comprennent des cognitions catastrophiques centrées sur l'inquiétude que le *khyâl* (une substance comme le vent) pourrait monter dans le corps avec le sang et provoquer une série d'effets graves (p. ex. la compression des poumons provoquant une perte du souffle et l'asphyxie, son entrée dans la boîte crânienne pourrait occasionner les acouphènes, les vertiges, la vision floue et une syncope mortelle). Les attaques de *khyâl* peuvent survenir sans prévenir mais souvent elles sont occasionnées par des pensées inquiètes,

2. NDT. Syndrome décrit dans le DSM-IV.

par le fait de se lever (l'orthostatisme), par des odeurs spécifiques avec des associations négatives et par des stimuli de type agoraphobique comme des foules ou le fait de monter dans une voiture. Les attaques de *khyâl* correspondent aux critères de l'attaque de panique et peuvent donner un cadre aux expériences d'autres troubles anxieux ou de troubles liés au trauma ou au stress. Les attaques de *khyâl* peuvent entraîner un handicap considérable.

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : Laos (*pen lom*), Tibet (*srog rlung gi nad*), Sri Lanka (*vata*) et Corée (*hwa byung*) (Hinton et Good 2009).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Attaque de panique, trouble panique, anxiété généralisée, agoraphobie, trouble stress post-traumatique, crainte excessive d'avoir une maladie.

Kufungisisa

Le Kufungisisa (« penser trop » en Shona) est un idiome de détresse et une explication culturelle parmi les Shona du Zimbabwe. Comme explication, il est considéré comme la cause d'anxiété, de dépression et de problèmes somatiques (p. ex. « mon cœur est douloureux car je pense trop »). En tant qu'idiome de détresse psychosociale, il indique des difficultés interpersonnelles et sociales (p. ex. des conflits conjugaux, ne pas avoir d'argent pour subvenir aux besoins de ses enfants) (Patel et al. 1995a ; Patel et al. 1995b). Le Kufungisisa implique de ruminer des pensées dérangeantes, particulièrement des soucis (Abas et Broadhead 1997).

Le Kufungisisa est associé à un éventail de psychopathologie, comprenant des symptômes d'anxiété, des soucis excessifs, des attaques de panique, des symptômes dépressifs et de l'irritabilité (Patel et al. 1995b). Dans une étude d'un échantillon sélectionné au hasard dans la population générale, deux tiers des cas identifiés par une mesure de psychopathologie générale présentaient ce type de plainte (Abas et Broadhead 1997).

Dans plusieurs cultures, « penser trop » est censé endommager le cerveau et le corps (Hinton et al. 2012 ; van der Ham et al. 2011 ; Yarris 2011) et occasionner des symptômes comme céphalées et étourdissements. « Penser trop » peut également être une composante clé de syndromes culturels tels que le *brain fog* au Nigeria³ (Ola et Igbokwe 2011 ; Ola et al. 2009). Dans le cas du *brain fog*, « penser trop » est principalement attribué à des études excessives, ce qui est censé endommager le cerveau en particulier, avec des symptômes incluant des sensations de chaleur et un ressenti de grouillement dans la tête.

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : « Penser trop » est un idiome de détresse et une explication culturelle commune à travers plusieurs pays et groupes ethniques. Cela a été décrit en Afrique (Avotri et Walters 1999 ; Patel et al. 1995a ; Patel et al. 1995b), aux Antilles, en Amérique Latine (Bolton et al. 2012 ; Keys et al. 2012 ; Yarris 2011), parmi des groupes en Asie de l'Est (Frye et D'Avanzo 1994 ; van der Ham et al. 2011 ; Westermeyer et Wintrob 1979 ; Yang et al. 2010) et chez des autochtones amérindiens (Kirmayer et al. 1997).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Trouble dépressif caractérisé, trouble dépressif persistant (dysthymie), anxiété généralisée, trouble stress post-traumatique, trouble obsessionnel-compulsif, deuil complexe persistant (cf. « Affections proposées pour des études supplémentaires »).

Maladi moun

Maladi moun (littéralement « maladie causée par les humains », aussi appelée « maladie envoyée ») est une explication culturelle dans les communautés haïtiennes pour

3. NDT. Syndrome décrit dans le DSM-IV.

divers troubles médicaux et psychiatriques. Dans le cadre de ce modèle explicatif, la jalousie et le désir de nuire amènent des personnes à faire du mal à leurs ennemis en leur envoyant des maladies comme la psychose (Brodwin 1996), la dépression (Nicolas et al. 2007), des revers sociaux ou scolaires ou l'incapacité d'effectuer les activités du quotidien (Desrosiers et St. Fleurose 2002). Le modèle étiologique suppose que la maladie peut être causée par l'envie et la haine des autres, qui sont suscitées par la prospérité économique de la victime comme peuvent en témoigner un nouveau travail ou un achat dispendieux (Farmer 1990). Le profit d'une personne est supposé produire une perte chez une autre personne ; la réussite visible rend donc vulnérable aux attaques (Vonars et Vodou 2007). Assigner l'étiquette « maladie envoyée » dépend davantage du mode de début de la maladie et du statut social que des symptômes présentés. Le début brutal de nouveaux symptômes ou un changement abrupt du comportement font naître des suspicions d'une attaque spirituelle. Une personne qui est attirante, intelligente ou riche est perçue comme particulièrement vulnérable et même de jeunes enfants en bonne santé sont à risque (DeSantis et Thomas 1990).

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : Des inquiétudes à l'égard des maladies (typiquement des maladies somatiques) causées par l'envie ou par le conflit social sont très communes à travers les cultures et souvent exprimées sous la forme du « mauvais œil » (p. ex. en espagnol *mal de ojo*, en italien *malocchio* [*mal'occhiiu* dans des dialectes italiens méridionaux]) (Al-Sughayir 1996 ; Migliore et Mal'occhiiu 1997 ; Risser et Mazur 1995).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Trouble délirant, type paranoïaque, schizophrénie avec caractéristiques paranoïdes.

Nervios

Nervios (« les nerfs ») est un idiome de détresse commun parmi les Latino-Américains des États-Unis et d'Amérique latine. *Nervios* fait référence à un état général de vulnérabilité aux expériences de vie stressantes et aux circonstances d'une vie difficile (Baer et al. 2003 ; Finkler 2001 ; Guarnaccia et Farias 1988 ; Guarnaccia et al. 2003 ; Lewis-Fernández et al. 2010 ; Low 1981 ; Weller et al. 2008). Le terme *nervios* inclut une grande variété de symptômes de détresse émotionnelle, de troubles somatiques et d'incapacité fonctionnelle (Salgado de Snyder et al. 2000). Les symptômes les plus communs imputés à *nervios* comportent des céphalées et des « douleurs au cerveau » (tensions occipitales et cervicales), une irritabilité, des problèmes gastriques, des troubles du sommeil, une nervosité, des pleurs faciles, des troubles de la concentration, des tremblements, des bourdonnements d'oreilles et des *mareos* (étourdissements avec occasionnellement des exacerbations ressemblant à un vertige) (Baer et al. 2003 ; Guarnaccia et al. 2003). *Nervios* est un idiome de détresse très vaste couvrant toute une gamme de sévérité depuis des cas qui ne sont pas des troubles mentaux jusqu'à des présentations cliniques qui ressemblent aux troubles de l'adaptation, anxieux, dépressifs, dissociatifs, à symptomatologie somatique ou psychotiques. « Être nerveux depuis l'enfance » semble être plutôt un trait et peut précéder une anxiété sociale, tandis qu'« être malade des nerfs » est plus que d'autres formes de *nervios* relié à des problèmes psychiatriques, particulièrement la dissociation (Lewis-Fernández et al. 2010) et la dépression (Weller et al. 2008).

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : *Neura* parmi les Grecs en Amérique du Nord (Dunk 1989), *nierbi* parmi les Siciliens en Amérique du Nord (Migliore 2001) et *nerves* parmi les blancs dans les Appalaches (Van Schaik 1989) et à Terre-Neuve (Davis 1989).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Trouble dépressif caractérisé, trouble dépressif persistant (dysthymie), anxiété généralisée, anxiété sociale, autre trouble dissociatif spécifié ou non spécifié, trouble à symptomatologie somatique, schizophrénie.

Shenjing shuairuo

Shénjīng shuāiruò 神经衰弱 (« faiblesse du système nerveux » en mandarin) désigne un syndrome culturel qui intègre des catégories conceptuelles de la médecine chinoise traditionnelle avec le diagnostic occidental de la neurasthénie. Dans la seconde édition révisée de la Classification chinoise des troubles mentaux (CCTM-2-R) *shénjīng shuāiruò* est défini comme un syndrome composé de trois parmi cinq clusters de symptômes sans ordre hiérarchique : faiblesse (p. ex. fatigue mentale), émotions (p. ex. se sentir contrarié), excitation (p. ex. souvenirs augmentés), douleurs nerveuses (p. ex. céphalées) et sommeil (p. ex. insomnie) (Lee 1994). *Fán nǎo* 烦恼 (se sentir contrarié) désigne une forme d'irritabilité mélangée à des soucis et de la détresse concernant des pensées conflictuelles et des désirs inassouvis. La 3^e édition de la CCTM (Chinese Society of Psychiatry 2001) retient *shénjīng shuāiruò* comme un diagnostic somatoforme d'exclusion (Lee et Kleinman 2007). Parmi les déclencheurs marquants du *shénjīng shuāiruò* on trouve des facteurs de stress liés à la famille ou au travail, perdre la face (*miànzi* 面子 *liǎnzi* 脸子) et un sens aigu d'échec (p. ex. sur le plan scolaire) (Kleinman 1986 ; Lewis-Fernández et al. 2009). *Shénjīng shuāiruò* est relié aux concepts traditionnels de vacuité ou déficit (*xū* 虚) et de déséquilibre de la santé en lien avec un manque en principe vital (p. ex. un épuisement du *qì* 气 énergie vitale, l'un des éléments fondamentaux) suite à une trop grande tension ou une stagnation du *qì* à cause d'une inquiétude excessive) (Lee et Kleinman 2007). Selon l'interprétation traditionnelle, le *shénjīng shuāiruò* apparaît quand les canaux ou méridiens (*jīng* 经) qui transportent le *shén* (神 énergie spirituelle, l'un des éléments fondamentaux) se dérèglent à la suite de différents facteurs de stress social et interpersonnel, comme l'incapacité de modifier une situation chronique de frustration et de détresse (Lee 1994 ; Lin 1989). Divers troubles psychiatriques sont associés au *shénjīng shuāiruò*, notamment les troubles de l'humeur, l'anxiété et les troubles à symptomatologie somatique. Néanmoins, dans des cliniques de médecine en Chine, jusqu'à 45 % des patients présentant un *shénjīng shuāiruò* ne répondent pas aux critères d'un trouble selon le DSM-IV (Chang et al. 2005).

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : Des expressions et des syndromes du spectre de la neurasthénie existent en Inde (Paralikar et al. 2011) et au Japon (Lin 1989), parmi d'autres lieux. D'autres conditions, telles que le *brain fog syndrome* (Ola et Igbokwe 2011), l'épuisement professionnel (*burnout syndrome*), (Leone et al. 2011), et le syndrome de fatigue chronique (Fukuda et al. 1994) sont également très proches.

Affections apparentées dans le DSM-5 : Trouble dépressif caractérisé, trouble dépressif persistant (dysthymie), anxiété généralisée, trouble à symptomatologie somatique, anxiété sociale, phobie spécifique, trouble stress post-traumatique.

Susto

Susto (« la frayeur ») est une explication culturelle pour la détresse et la malchance prévalente chez certains Latino-Américains aux États-Unis et parmi les populations du Mexique, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Les Latino-Américains des Caraïbes ne le reconnaissent pas comme une catégorie de maladie (Weller et al. 2002). Le *susto* est une maladie attribuée à un événement effrayant qui provoque le départ de l'âme hors du corps, ce qui cause malheur et maladie, et aussi des difficultés de fonctionner dans ses rôles sociaux (Rubel et al. 1984 ; Villaseñor-Bayardo 2008). Les symptômes peuvent apparaître n'importe quand, de quelques jours à plusieurs années après l'événement effrayant. Dans des cas extrêmes, le *susto* pourrait entraîner la mort. Il n'y a pas de symptômes définissant le *susto* de manière spécifique (Zolla 2005) ; néanmoins, des symptômes souvent retrouvés chez des personnes atteintes de *susto*

incluent des troubles de l'appétit, un sommeil insuffisant ou excessif, une perturbation du sommeil ou des rêves, des sensations de tristesse, de dévalorisation ou de malpropreté, une sensibilité interpersonnelle et un manque de motivation pour faire quoi que ce soit. Les symptômes somatiques accompagnant le *susto* peuvent inclure des maux et des douleurs musculaires, des extrémités froides, de la pâleur, des céphalées, des douleurs gastriques et de la diarrhée. Les événements déclenchants sont divers ; on y trouve parmi d'autres des phénomènes naturels, des animaux, des situations interpersonnelles et des agents surnaturels (Ruiz Velasco 2010).

Trois types syndromiques de *susto* (appelé *cibih* dans la langue locale zapotèque) ont été identifiés, chacun ayant des relations particulières avec les diagnostics psychiatriques (Taub 1992).

Un *susto* interpersonnel est caractérisé par des sensations de perte, d'abandon et de ne pas être aimé par sa famille avec des symptômes de tristesse, une image de soi dévalorisée et des idéations suicidaires. Cet état semble étroitement lié au trouble dépressif caractérisé. Quand le *susto* est le résultat d'un événement traumatique qui a joué un rôle majeur dans la formation des symptômes et dans le traitement émotionnel de l'expérience, le diagnostic de trouble stress post-traumatique est plus adéquat. On pense que le *susto* qui est caractérisé par des symptômes somatiques à répétition – pour lesquels la personne a cherché des soins auprès de plusieurs soignants – ressemble au trouble à symptomatologie somatique.

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : Des conceptions étiologiques et des configurations symptomatiques similaires se retrouvent partout dans le monde (Simons 1985). Dans la région des Andes, le *susto* se nomme *espanto* (Tousignant 1979).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Trouble dépressif caractérisé, trouble stress post-traumatique, autre trouble spécifié ou non spécifié lié à un traumatisme ou à des facteurs de stress, trouble à symptomatologie somatique.

Taijin Kyōfu Shō

Taijin Kyōfu Shō (対人恐怖症 littéralement « trouble d'anxiété interpersonnelle » en japonais) désigne un syndrome culturel caractérisé par l'anxiété et l'évitement de situations interpersonnelles, causé par la pensée, la sensation ou la conviction de la personne que son apparence et ses actions dans les interactions sociales sont inadéquates ou insultantes pour les autres (Nakamura et al. 2002 ; Tarumi et al. 2004).. Aux États-Unis, une variante implique le fait d'avoir une odeur corporelle nauséabonde et s'appelle *syndrome de référence olfactif*. Les personnes atteintes de *Taijin Kyōfu Shō* ont tendance à se concentrer sur l'impact de leurs symptômes et comportements sur les autres (Kinoshita et al. 2008). Des variantes comprennent des inquiétudes majeures concernant le rougissement (érythrophobie), une odeur corporelle nauséabonde (*syndrome de référence olfactif*), un regard inapproprié (trop ou pas assez de contact visuel), des expressions faciales et des mouvements corporels raides ou maladroits (p. ex. se raidir, trembler) ou une difformité corporelle (Takahashi 1989).

Taijin Kyōfu Shō est une construction plus large que l'anxiété sociale dans le DSM-5 (Tarumi et al. 2004). En plus de l'anxiété de performance, le *Taijin Kyōfu Shō* comprend deux formes liées à la culture : un « type sensible » avec une sensibilité sociale extrême et une anxiété concernant les interactions sociales, et un « type insultant » avec une préoccupation majeure par le fait d'insulter autrui. Comme catégorie, *Taijin Kyōfu Shō* regroupe donc des syndromes avec des caractéristiques d'une obsession d'une dysmorphie corporelle et d'un trouble délirant. Les préoccupations peuvent avoir une qualité délirante et ne répondre que très peu au rassurement simple et au raisonnement.

Les symptômes distinctifs du *Taijin Kyōfu Shō* se manifestent dans des contextes culturels spécifiques et, dans une certaine mesure, avec une anxiété sociale plus sévère à travers les cultures (Choy et al. 2008 ; Kim et al. 2008). Des syndromes similaires se trouvent en Corée et dans d'autres sociétés qui mettent l'accent sur le maintien auto-conscient d'un comportement socialement approprié dans le cadre de relations interpersonnelles hiérarchisées. Des symptômes ressemblant au *Taijin Kyōfu Shō* ont également été décrits dans d'autres contextes culturels, y compris les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

Affections apparentées dans d'autres contextes culturels : *Taein kong po* en Corée (Choy et al. 2008).

Affections apparentées dans le DSM-5 : Anxiété sociale, obsession d'une dysmorphie corporelle, trouble délirant, trouble obsessionnel-compulsif, syndrome de référence olfactif (un type d'autre trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté spécifié). Le syndrome de référence olfactif est lié particulièrement à la variante *Jikoshū-Kyōfu* (自己臭恐怖 littéralement « angoisse de la mauvaise odeur personnelle » en japonais) de *Taijin Kyōfu Shō*, dont le symptôme principal est la préoccupation que la personne dégage une odeur corporelle nauséabonde (Suzuki et al. 2004). Ce type de présentation existe dans plusieurs cultures en dehors du Japon.

Références

Ataque de nervios

- Brown RJ, Lewis-Fernández R: Culture and conversion disorder: implications for DSM-5. *Psychiatry* 74(3):187–206, 2011 21916627
- Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M: The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study: the role of culture in psychiatric epidemiology. *J Nerv Ment Dis* 181(3):157–165, 1993 8445374
- Guarnaccia PJ, Rivera M, Franco F, Neighbors C: The experiences of ataques de nervios: towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry* 20(3):343–367, 1996 8899285
- Lewis-Fernández R, Garrido-Castillo P, Bennasar MC, et al: Dissociation, childhood trauma, and ataque de nervios among Puerto Rican psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 159(9):1603–1605, 2002a 12202287
- Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Martínez IE, et al: Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks, and panic disorder. *Cult Med Psychiatry* 26(2):199–223, 2002b 12211325
- Lewis-Fernández R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, et al: Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis* 197(5):337–347, 2009 19440107
- Lewis-Fernández R, Gorritz M, Raggio GA, et al: Association of trauma-related disorders and dissociation with four idioms of distress among Latino psychiatric outpatients. *Cult Med Psychiatry* 34(2):219–243, 2010 20414799
- Weidman HH: Falling-out: a diagnostic and treatment problem viewed from a transcultural perspective. *Soc Sci Med Med Anthropol* 13B(2):95–112, 1979 505060

Syndrome du Dhat

- Bhatia MS, Malik SC: Dhat syndrome—a useful diagnostic entity in Indian culture. *Br J Psychiatry* 159:691–695, 1991 1756347
- Gautham M, Singh R, Weiss H, et al: Socio-cultural, psychosexual and biomedical factors associated with genital symptoms experienced by men in rural India. *Trop Med Int Health* 13(3):384–395, 2008 18298609
- Jadhav S: Dhat syndrome: a re-evaluation. *Psychiatry* 3(8):14–16, 2004
- Khan N: Dhat syndrome in relation to demographic characteristics. *Indian J Psychiatry* 47(1):54–57, 2005

- Malhotra HK, Wig NN: Dhat syndrome: a culture-bound sex neurosis of the orient. *Arch Sex Behav* 4(5):519–528, 1975 1191004
- Mumford DB: The 'Dhat syndrome': a culturally determined symptom of depression? *Acta Psychiatr Scand* 94(3):163–167, 1996 8891081
- Murthy RS, Wig NN: Psychiatric diagnosis and classification in developing countries, in *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Edited by Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ, Sartorius N. Chichester, UK, Wiley, 2002, 249–279
- Raguram R, Jadhav S, Weiss MG: Historical perspectives on Dhat syndrome. *NIMHANS Journal* 12(2):117–124, 1994
- Sumathipala A, Siribaddana SH, Bhugra D: Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *Br J Psychiatry* 184:200–209, 2004 14990517
- Trollope-Kumar K: Cultural and biomedical meanings of the complaint of leukorrhea in South Asian women. *Trop Med Int Health* 6(4):260–266, 2001 11348516

Kyâl cap

- Hinton DE, Good BJ (eds) *Culture and Panic Disorder*. Palo Alto, CA, Stanford University Press, 2009
- Hinton DE, Um K, Ba P: Kyol goeu ("wind overload"), part I: a cultural syndrome of orthostatic panic among Khmer refugees. *Transcult Psychiatry* 38(4):403–432, 2001 20852723
- Hinton DE, Pich V, Marques L, et al: Khyâl attacks: a key idiom of distress among traumatized Cambodian refugees. *Cult Med Psychiatry* 34(2):244–278, 2010 20407813
- Hinton DE, Hinton AL, Eng KT, Choung S: PTSD and key somatic complaints and cultural syndromes among rural Cambodians: the results of a needs assessment survey. *Med Anthropol Q* 26(3):383–407, 2012 23259349

Kufungisisa

- Abas MA, Broadhead JC: Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychol Med* 27(1):59–71, 1997 9122309
- Avotri JY, Walters V: "You just look at our work and see if you have any freedom on earth": Ghanaian women's accounts of their work and their health. *Soc Sci Med* 48(9):1123–1133, 1999 10220014
- Bolton P, Surkan PJ, Gray AE, Desmousseaux M: The mental health and psychosocial effects of organized violence: a qualitative study in northern Haiti. *Transcult Psychiatry* 49(3–4):590–612, 2012 22228786
- Frye BA, D'Avanzo C: Themes in managing culturally defined illness in the Cambodian refugee family. *J Community Health Nurs* 11(2):89–98, 1994 8021721
- Hinton DE, Hinton AL, Eng KT, Choung S: PTSD and key somatic complaints and cultural syndromes among rural Cambodians: the results of a needs assessment survey. *Medical Anthropology Quarterly* 26:383–407, 2012 10.1111/j.1548-1387.2012.01224.x
- Keys HM, Kaiser BN, Kohrt BA, et al: Idioms of distress, ethnopsychology, and the clinical encounter in Haiti's Central Plateau. *Soc Sci Med* 75(3):555–564, 2012 22595073
- Kirmayer LJ, Fletcher CM, Boothroyd LJ: Inuit attitudes toward deviant behavior: a vignette study. *J Nerv Ment Dis* 185(2):78–86, 1997 9048699
- Ola BA, Igboke DO: Factorial validation and reliability analysis of the Brain Fog Syndrome Scale. *Afr Health Sci* 11(3):334–340, 2011 22275921
- Ola BA, Morakinyo O, Adewuya AO: Brain fog syndrome—a myth or a reality. *Afr J Psychiatry (Johannesburg)* 12(2):135–143, 2009 19582315
- Patel V, Gwanzura F, Simunyu E, et al: The phenomenology and explanatory models of common mental disorder: a study in primary care in Harare. Zimbabwe. *Psychol Med* 25(6):1191–1199, 1995a 8637949
- Patel V, Simunyu E, Gwanzura F: Kufungisisa (thinking too much): a Shona idiom for non-psychotic mental illness. *Cent Afr J Med* 41(7):209–215, 1995b 7553793
- van der Ham L, Wright P, Van TV, et al: Perceptions of mental health and help-seeking behavior in an urban community in Vietnam: an explorative study. *Community Ment Health J* 47(5):574–582, 2011 21409418

- Westermeyer J, Wintrob R: "Folk" explanations of mental illness in rural Laos. *Am J Psychiatry* 136(7):901-905, 1979 453350
- Yang LH, Phillips MR, Lo G, et al: "Excessive thinking" as explanatory model for schizophrenia: impacts on stigma and "moral" status in Mainland China. *Schizophr Bull* 36(4):836-845, 2010 19193742
- Yarris KE: The pain of "thinking too much": dolor de cerebro and the embodiment of social hardship among Nicaraguan women. *Ethos* 39(2):226-248, 2011 10.1111/j.1548-1352.2011.01186.x

Maladi moun

- Al-Sughayir MA: Public view of the "evil eye" and its role in psychiatry: a study in Saudi society. *Arab Journal of Psychiatry* 7(2):152-160, 1996
- Brodwin P: *Medicine and Morality in Haiti: The Contest for Healing Power* (Cambridge Studies in Medical Anthropology series), Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1996
- DeSantis L, Thomas JT: The immigrant Haitian mother: transcultural nursing perspective on preventive health care for children. *J Transcult Nurs* 2(1):2-15, 1990 2264938
- Desrosiers A, St. Fleurose S: Treating Haitian patients: key cultural aspects. *Am J Psychother* 56(4):508-521, 2002 12520887
- Farmer P: Sending sickness: sorcery, politics, and changing concepts of AIDS in rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly* 4(1):6-27, 1990 10.1525/maq.1990.4.1.02a00020
- Migliore S: *Mal'occhiu: Ambiguity, Evil Eye, and the Language of Distress*. Toronto, ON. University of Toronto Press, 1997
- Nicolas G, Desilva AM, Subreboast KL, et al: Expression and treatment of depression among Haitian immigrant women in the United States: clinical observations. *Am J Psychother* 61(1):83-98, 2007 17503679
- Risser AL, Mazur LJ: Use of folk remedies in a Hispanic population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 149(9):978-981, 1995 7655602
- Vonarx N: Vodou: Illness and models in Haiti: from local meanings to broader relations of domination. *Anthropology in Action* 14(3):18-29, 2007

Nervios

- Baer RD, Weller SC, de Alba Garcia JG, et al: A cross-cultural approach to the study of the folk illness nervios. *Cult Med Psychiatry* 27(3):315-337, 2003 14510097
- Davis DL: The variable character of nerves in a Newfoundland fishing village. *Med Anthropol* 11(1):63-78, 1989 2725214
- Dunk P: Greek women and broken nerves in Montreal. *Med Anthropol* 11(1):29-45, 1989 2725212
- Finkler K: *Physicians at Work, Patients in Pain: Biomedical Practice and Patient Response in Mexico*, 2nd Edition. Durham, NC, Carolina Academic Press, 2001
- Guarnaccia PJ, Farias P: The social meanings of nervios: a case study of a Central American woman. *Soc Sci Med* 26(12):1223-1231, 1988 3206244
- Guarnaccia PJ, Lewis-Fernández R, Marano MR: Toward a Puerto Rican popular nosology: nervios and ataque de nervios. *Cult Med Psychiatry* 27(3):339-366, 2003 14510098
- Lewis-Fernández R, Gorritz M, Raggio GA, et al: Association of trauma-related disorders and dissociation with four idioms of distress among Latino psychiatric outpatients. *Cult Med Psychiatry* 34(2):219-243, 2010 20414799
- Low SM: The meaning of nervios: a sociocultural analysis of symptom presentation in San Jose, Costa Rica. *Cult Med Psychiatry* 5(1):25-47, 1981 7249673
- Migliore S: From illness narratives to social commentary: a Pirandellian approach to "nerves." *Med Anthropol Q* 15(1):100-125, 2001 11288611
- Salgado de Snyder VN, Diaz-Perez MJ, Ojeda VD: The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of Mexican rural communities. *Cult Med Psychiatry* 24(4):453-470, 2000 11128627
- Van Schaik E: Paradigms underlying the study of nerves as a popular illness term in eastern Kentucky. *Med Anthropol* 11(1):15-28, 1989 2725211
- Weller SC, Baer RD, Garcia de Alba Garcia J, Salcedo Rocha AL: Susto and nervios: expressions for stress and depression. *Cult Med Psychiatry* 32(3):406-420, 2008 18535889

Shenjing shuairuo

- Chang DF, Myers HF, Yeung A, et al: Shenjing shuairuo and the DSM-IV: diagnosis, distress, and disability in a Chinese primary care setting. *Transcult Psychiatry* 42(2):204–218, 2005 16114583
- Chinese Medical Association and Nanjing Medical University: Chinese Classification of Mental Disorders, 2nd Edition. Revised (CCMD-2-R), Nanjing, Dong Nan University Press, 1995
- Chinese Society of Psychiatry: The Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders, Version 3 (CCMD-3). Ginan, China, Chinese Society of Psychiatry, 2001
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al: The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 121(12):953–959, 1994 7978722
- Kleinman A: Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China, New Haven, CT, Yale University Press, 1986
- Lee S: The vicissitudes of Neurasthenia in Chinese societies: where will it go from the ICD-10 ? *Transcultural Psychiatry* 31(2):153–172, 1994 10.1177/136346159403100205
- Lee S, Kleinman A: Are somatoform disorders changing with time? The case of neurasthenia in China. *Psychosom Med* 69(9):846–849, 2007 18040092
- Leone SS, Wessely S, Huibers MJ, et al: Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. *Psychol Health* 26(4):449–464, 2011 20437294
- Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Ruiz P: Culture-bound syndromes, in Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Edited by Sadock VJ, Sadock VA, Ruiz P. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 2519–2538.
- Lin TY: Neurasthenia revisited: its place in modern psychiatry. *Cult Med Psychiatry* 13(2):105–129, 1989 2766788
- Ola BA, Igbokwe DO: Factorial validation and reliability analysis of the Brain Fog Syndrome Scale. *Afr Health Sci* 11(3):334–340, 2011 22275921
- Paralikar V, Agashe M, Sarmukaddam S, et al: Cultural epidemiology of neurasthenia spectrum disorders in four general hospital outpatient clinics of urban Pune. India. *Transcult Psychiatry* 48(3):257–283, 2011 21742952

Susto

- Rubel AJ, O'Neill CW, Collado-Ardón R: Susto: A Folk Illness, Berkeley, 1984, University of California Press
- Ruíz Velasco ME: La cosmovisión de la salud y los “peligros del alma” en la zona de los Altos de Chiapas [The worldview of health and the “perils of the soul” in the Chiapas Highlands]. *Atopos* 10:83–100, 2010 Available at: http://www.atopos.es/pdf_10/5_La_%20cosmovisi%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20los%20peligros%20del%20alma.pdf. Accessed December 14, 2012.
- Simons RC: Introduction: the fright illness taxon, in The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest. Edited by Simons RC, Hughes CC. Dordrecht, Holland, D Reidel, 1985, pp 329–331.
- Taub B: Calling the soul back to the heart: soul loss, depression and healing among indigenous Mexicans. Unpublished doctoral dissertation, University of California. Los Angeles, 1992
- Tousignant M: Espanto: a dialogue with the gods. *Cult Med Psychiatry* 3(4):347–361, 1979 535409
- Villaseñor-Bayardo S: Apuntes para una Etnopsiquiatría mexicana, Guadalajara, Mexico, Universidad de Guadalajara, 2008
- Weller SC, Baer RD, de Alba García JG, et al: Regional variation in Latino descriptions of susto. *Cult Med Psychiatry* 26(4):449–472, 2002 12572769
- Weller SC, Baer RD, García de Alba García J, Salcedo Rocha AL: Susto and nervios: expressions for stress and depression. *Cult Med Psychiatry* 32(3):406–420, 2008 18535889
- Zolla C: La medicina tradicional indígena en el México actual [Traditional indigenous medicine in Mexico today]. *Arqueología Mexicana* 13 (74):62–68, 2005 Available at: <http://www.arqueomex.com/S2N2SUMARIO74.html>. Accessed December 14, 2012.

Taijin Kyōfu Sho

- Choy Y, Schneier FR, Heimberg RG, et al: Features of the offensive subtype of Taijin-Kyofu-Sho in US and Korean patients with DSM-IV social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 25(3):230–240, 2008 17340609
- Kim J, Rapee RM, Gaston JE: Symptoms of offensive type Taijin-Kyofusho among Australian social phobics. *Depress Anxiety* 25(7):601–608, 2008 17607747
- Kinoshita Y, Chen J, Rapee RM, et al: Cross-cultural study of conviction subtype Taijin Kyofu: proposal and reliability of Nagoya-Osaka diagnostic criteria for social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 196(4):307–313, 2008 18414125
- Nakamura K, Kitanishi K, Miyake Y, et al: The neurotic versus delusional subtype of taijin-kyofusho: their DSM diagnoses. *Psychiatry Clin Neurosci* 56(6):595–601, 2002 12485300
- Suzuki K, Takei N, Iwata Y, et al: Do olfactory reference syndrome and jiko-shu-kyofu (a subtype of taijin-kyofu) share a common entity ? *Acta Psychiatr Scand* 109(2):150–155, 2004 14725599
- Takahashi T: Social phobia syndrome in Japan. *Compr Psychiatry* 30(1):45–52, 1989 2647401
- Tarumi S, Ichimiya A, Yamada S, et al: Taijin Kyofusho in university students: patterns of fear and predispositions to the offensive variant. *Transcult Psychiatry* 41(4):533–546, 2004 15709650

Page laissée en blanc intentionnellement.

Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

Il était prévu aux États-Unis que la CIM-9-MC soit utilisée pour le codage jusqu'au 30 septembre 2014 et qu'elle soit remplacée dans cet usage par la CIM-10-MC à partir du 1^{er} octobre 2014¹.

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
307.51	F50.8	Accès hyperphagiques (<i>binge-eating disorder</i>)
V62.4	Z60.3	Acculturation (difficultés d')
		Adaptation (troubles de l')
309.24	F43.22	Avec anxiété
309.0	F43.21	Avec humeur dépressive
309.3	F43.24	Avec perturbation des conduites
309.4	F43.25	Avec perturbation mixte des émotions et des conduites
309.28	F43.23	Mixte avec anxiété et humeur dépressive
309.9	F43.20	Non spécifié
300.22	F40.00	Agoraphobie
333.99	G25.71	Akathisie aiguë induite par des médicaments
333.99	G25.71	Akathisie tardive
291.89		Alcool (dysfonction sexuelle induite par l')
	F10.181	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.281	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.981	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.0	F10.231	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage de l')
291.0		Alcool (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par l')
	F10.121	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.921	Sans trouble de l'usage de l'alcool
303.00		Alcool (intoxication par l')
	F10.129	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.929	Sans trouble de l'usage de l'alcool

1. NDT. Le Sénat des États-Unis a approuvé le 31 mars 2014 un projet de loi dont l'une des dispositions est de retarder d'un an, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} octobre 2015, la date d'utilisation de la CIM-10-MC.

1090 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
291.81		Alcool (sevrage de l')
	F10.232	Avec perturbations des perceptions
	F10.239	Sans perturbations des perceptions
291.89		Alcool (trouble anxieux induit par l')
	F10.180	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.980	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.89		Alcool (trouble bipolaire ou apparenté induit par l')
	F10.14	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.94	Sans trouble de l'usage de l'alcool
		Alcool (trouble de l'usage de l')
303.90	F10.20	Grave
305.00	F10.10	Léger
303.90	F10.20	Moyen
291.89		Alcool (trouble dépressif induit par l')
	F10.14	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.94	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.82		Alcool (trouble du sommeil induit par l')
	F10.182	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.982	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.9	F10.99	Alcool (trouble lié à l') non spécifié
291.89		Alcool (trouble neurocognitif léger induit par l')
	F10.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.988	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.1		Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type amnésique-confabulatoire
	F10.26	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.96	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.2		Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type non amnésique-confabulatoire
	F10.27	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.97	Sans trouble de l'usage de l'alcool
291.9		Alcool (trouble psychotique induit par l')
	F10.159	Avec trouble léger de l'usage de l'alcool
	F10.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
	F10.959	Sans trouble de l'usage de l'alcool
307.59	F50.8	Alimentation (autre trouble de l') ou de l'ingestion d'aliments, spécifié
307.50	F50.9	Alimentation (trouble de l') ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
300.12	F44.0	Amnésie dissociative
300.13	F44.1	Amnésie dissociative, avec fugue dissociative
292.89		Amphétamine (dysfonction sexuelle induite par une) ou un autre stimulant
	F15.181	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.281	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.981	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
292.81		Amphétamine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une) ou un autre stimulant
	F15.121	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.921	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
292.89		Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant
		Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, avec perturbations des perceptions
	F15.122	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.222	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.922	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
		Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, sans perturbations des perceptions
	F15.129	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.929	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
292.0	F15.23	Amphétamine (sevrage d'une) ou d'un autre stimulant
292.89		Amphétamine (trouble anxieux induit par une) ou un autre stimulant
	F15.180	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.980	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
292.84		Amphétamine (trouble bipolaire ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant
	F15.14	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.94	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.921	Amphétamine (état confusionnel [delirium] induit par une) ou un autre stimulant
292.84		Amphétamine (trouble dépressif induit par une) ou un autre stimulant
	F15.14	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.94	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant

1092 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
292.85		Amphétamine (trouble du sommeil induit par une) ou un autre stimulant
	F15.182	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.982	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
292.89		Amphétamine (trouble obsessionnel-compulsif induit par une) ou un autre stimulant
	F15.188	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.988	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
292.9		Amphétamine (trouble psychotique induit par une substance) ou un autre stimulant
	F15.159	Avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
	F15.959	Sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
		Amphétaminique (trouble de l'usage de substance)
304.40	F15.20	Grave
305.70	F15.10	Léger
304.40	F15.20	Moyen
292.9	F15.99	Amphétaminique (trouble lié à une substance) ou un autre stimulant, non spécifié
307.1		Anorexie mentale
	F50.02	Type accès hyperphagiques/purgatif
	F50.01	Type restrictif
		Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des)
995.29	T43.205A	Contact initial
995.29	T43.205D	Contact ultérieur
995.29	T43.205S	Séquelles
V71.01	Z72.811	Antisocial (comportement) de l'adulte
V71.02	Z72.810	Antisocial (comportement) de l'enfant ou de l'adolescent
301.7	F60.2	Antisociale (personnalité)
309.21	F93.0	Anxiété de séparation
300.02	F41.1	Anxiété généralisée
300.23	F40.10	Anxiété sociale (phobie sociale)
300.09	F41.8	Anxieux (autre trouble) spécifié
293.84	F06.4	Anxieux (trouble) dû à une autre affection médicale
		Anxieux (trouble) induit par une substance/un médicament (<i>cf. les codes spécifiques aux substances</i>)
300.00	F41.9	Anxieux (trouble) non spécifié
		Apnée centrale du sommeil

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
780.57	G47.37	Apnée centrale du sommeil comorbide d'un usage d'opiacés
327.21	G47.31	Apnée centrale du sommeil idiopathique
786.04	R06.3	Respiration de Cheyne-Stokes
327.23	G47.33	Apnée/hypopnée obstructive du sommeil
		Apprentissages (trouble spécifique des)
315.00	F81.0	Avec déficit de la lecture
315.2	F81.81	Avec déficit de l'expression écrite
315.1	F81.2	Avec déficit du calcul
314.01	F90.8	Attention (autre déficit de l')/hyperactivité spécifié
		Attention (déficit de l')/hyperactivité
314.01	F90.2	Présentation combinée
314.01	F90.1	Présentation hyperactive/impulsive prédominante
314.00	F90.0	Présentation inattentive prédominante
314.01	F90.9	Attention (déficit de l')/hyperactivité non spécifié
299.00	F84.0	Autisme (trouble du spectre de l')
V15.59	Z91.5	Automutilation (antécédents personnels d')
296.89	F31.89	Bipolaire (autre trouble) ou apparenté spécifié
		Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent
296.54	F31.5	Avec caractéristiques psychotiques
296.56	F31.76	En rémission complète
296.55	F31.75	En rémission partielle
296.53	F31.4	Grave
296.51	F31.31	Léger
296.52	F31.32	Moyen
296.50	F31.9	Non spécifié
296.40	F31.0	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent
296.46	F31.72	En rémission complète
296.45	F31.71	En rémission partielle
296.40	F31.9	Non spécifié
		Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent
296.44	F31.2	Avec caractéristiques psychotiques
296.46	F31.74	En rémission complète
296.45	F31.73	En rémission partielle
296.43	F31.13	Grave
296.41	F31.11	Léger
296.42	F31.12	Moyen
296.40	F31.9	Non spécifié
296.7	F31.9	Bipolaire (trouble) de type I, épisode non spécifié actuel ou le plus récent
296.89	F31.81	Bipolaire (trouble) de type II

1094 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
293.83		Bipolaire (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale
	F06.33	Avec caractéristiques maniaques
	F06.34	Avec caractéristiques mixtes
	F06.33	Avec épisode d'allure maniaque ou hypomaniaque
		Bipolaire (trouble) ou apparenté induit par une substance/un médicament (cf. les codes spécifiques aux substances)
296.80	F31.9	Bipolaire (trouble) ou apparenté non spécifié
301.83	F60.3	Borderline (personnalité)
307.51	F50.2	Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
305.90	F15.929	Caféine (intoxication par la)
292.0	F15.93	Caféine (sevrage de la)
292.89		Caféine (trouble anxieux induit par la)
	F15.180	Avec trouble léger de l'usage de la caféine
	F15.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la caféine
	F15.980	Sans trouble de l'usage de la caféine
292.85		Caféine (trouble du sommeil induit par la)
	F15.182	Avec trouble léger de l'usage de la caféine
	F15.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la caféine
	F15.982	Sans trouble de l'usage de la caféine
292.9	F15.99	Caféine (trouble lié à la) non spécifié
292.81		Cannabis (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par le)
	F12.121	Avec trouble léger de l'usage du cannabis
	F12.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
	F12.921	Sans trouble de l'usage du cannabis
292.89		Cannabis (intoxication par le)
		Cannabis (intoxication par le), avec perturbations des perceptions
	F12.122	Avec trouble léger de l'usage du cannabis
	F12.222	Avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
	F12.922	Sans trouble de l'usage du cannabis
		Cannabis (intoxication par le), sans perturbations des perceptions
	F12.129	Avec trouble léger de l'usage du cannabis
	F12.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
	F12.929	Sans trouble de l'usage du cannabis
292.0	F12.288	Cannabis (sevrage du)
292.89		Cannabis (trouble anxieux induit par le)
	F12.180	Avec trouble léger de l'usage du cannabis
	F12.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
	F12.980	Sans trouble de l'usage du cannabis
		Cannabis (trouble de l'usage du)
305.20	F12.10	Léger

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
304.30	F12.20	Moyen
304.30	F12.20	Grave
292.9	F12.99	Cannabis (trouble lié au) non spécifié
292.85		Cannabis (trouble du sommeil induit par le)
	F12.188	Avec trouble léger de l'usage du cannabis
	F12.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
	F12.988	Sans trouble de l'usage du cannabis
292.9		Cannabis (trouble psychotique induit par le)
	F12.159	Avec trouble léger de l'usage du cannabis
	F12.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
	F12.959	Sans trouble de l'usage du cannabis
293.89	F06.1	Catatonie associée à un autre trouble mental (spécification de type catatonique)
293.89	F06.1	Catatonie non spécifiée (<i>coder d'abord</i> 781.99 [R29.818] autres symptômes impliquant les systèmes nerveux et musculo-squelettique)
293.89	F06.1	Catatonique (trouble) dû à une autre affection médicale
V62.4	Z60.5	Cible d'une discrimination nuisible ou d'une persécution (perçues)
307.47	F51.5	Cauchemars
292.89		Cocaïne (dysfonction sexuelle induite par la)
	F14.181	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.281	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.981	Sans trouble de l'usage de cocaïne
292.81		Cocaïne (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la)
	F14.121	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.921	Sans trouble de l'usage de cocaïne
292.89		Cocaïne (intoxication par la)
		Cocaïne (intoxication par la), avec perturbations des perceptions
	F14.122	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.222	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.922	Sans trouble de l'usage de cocaïne
		Cocaïne (intoxication par la), sans perturbations des perceptions
	F14.129	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.929	Sans trouble de l'usage de cocaïne
292.0	F14.23	Cocaïne (sevrage de la)
292.89		Cocaïne (trouble anxieux induit par la)
	F14.180	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.980	Sans trouble de l'usage de cocaïne

1096 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
292.84		Cocaïne (trouble bipolaire ou apparenté induit par la)
	F14.14	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.94	Sans trouble de l'usage de cocaïne
292.84		Cocaïne (trouble dépressif induit par la)
	F14.14	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.94	Sans trouble de l'usage de cocaïne
		Cocaïne (trouble de l'usage de)
304.20	F14.20	Grave
305.60	F14.10	Léger
304.20	F14.20	Moyen
292.85		Cocaïne (trouble du sommeil induit par la)
	F14.182	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.982	Sans trouble de l'usage de cocaïne
292.9	F14.99	Cocaïne (trouble lié à la) non spécifié
292.89		Cocaïne (trouble obsessionnel-compulsif induit par la)
	F14.188	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.988	Sans trouble de l'usage de cocaïne
292.9		Cocaïne (trouble psychotique induit par la)
	F14.159	Avec trouble léger de l'usage de cocaïne
	F14.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
	F14.959	Sans trouble de l'usage de cocaïne
307.9	F80.9	Communication (trouble de la) non spécifié
315.39	F80.89	Communication sociale (trouble de la) (pragmatique)
V62.5	Z65.0	Condamnation en procédure civile ou pénale sans emprisonnement
		Conduites (trouble des)
312.89	F91.9	Début non spécifié
312.82	F91.2	Type à début pendant l'adolescence
312.81	F91.1	Type à début pendant l'enfance
V65.49	Z70.9	Consultation relative à la sexualité
313.89	F94.2	Contact social (désinhibition du)
		Contrôle sphinctérien (autre trouble du) spécifié
787.60	R15.9	Avec symptômes fécaux
788.39	N39.498	Avec symptômes urinaires
		Contrôle sphinctérien (trouble du) non spécifié
787.60	R15.9	Avec symptômes fécaux
788.30	R32	Avec symptômes urinaires

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
300.11		Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle)
	F44.6	Avec anesthésie ou perte sensorielle
	F44.5	Avec attaques ou crises épileptiformes
	F44.4	Avec des symptômes de déglutition
	F44.4	Avec des troubles de l'élocution
	F44.4	Avec faiblesse ou paralysie
	F44.4	Avec mouvements anormaux
	F44.6	Avec symptôme sensoriel spécifique
	F44.7	Avec symptômes associés
315.4	F82	Coordination (trouble développemental de la)
V60.2	Z59.7	Couverture (insuffisance de) ou de protection sociale
300.7	F45.21	Crainte excessive d'avoir une maladie
301.13	F34.0	Cyclothymique (trouble)
V40.31	Z91.83	Déambulation associée à un trouble mental
297.1	F22	Délirant (trouble)
V65.40	Z71.9	Demande (autre) de conseils ou de consultation
301.6	F60.7	Dépendante (personnalité)
300.6	F48.1	Dépersonnalisation/déréalisation
V62.22	Z91.82	Déploiement militaire (antécédents personnels de)
V62.21	Z56.82	Déploiement militaire (problème lié à un)
311	F32.8	Dépressif (autre trouble) spécifié
293.83		Dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale
	F06.31	Avec caractéristiques dépressives
	F06.34	Avec caractéristiques mixtes
	F06.32	Avec épisode évoquant un épisode dépressif caractérisé
		Dépressif (trouble) induit par une substance/un médicament (<i>cf. les codes spécifiques aux substances</i>)
311	F32.9	Dépressif (trouble) non spécifié
		Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé
296.24	F32.3	Avec caractéristiques psychotiques
296.26	F32.5	En rémission complète
296.25	F32.4	En rémission partielle
296.23	F32.2	Grave
296.21	F32.0	Léger
296.22	F32.1	Moyen
296.20	F32.9	Non spécifié
		Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent
296.34	F33.3	Avec caractéristiques psychotiques
296.36	F33.42	En rémission complète
296.35	F33.41	En rémission partielle

1098 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
296.33	F33.2	Grave
296.31	F33.0	Léger
296.32	F33.1	Moyen
296.30	F33.9	Non spécifié
300.4	F34.1	Dépressif persistant (trouble) (dysthymie)
698.4	L98.1	Dermatillomanie (trituration pathologique de la peau)
V62.89	Z64.4	Désaccord avec un prestataire de services sociaux, y compris un officier de probation, un gestionnaire de cas (coordonnateur de soins) ou un travailleur social
302.71	F52.0	Désir sexuel (diminution du) chez l'homme
V62.82	Z63.4	Deuil non compliqué
312.89	F91.8	Disruptif (autre trouble), du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié
296.99	F34.8	Disruptif (trouble) avec dysrégulation émotionnelle
312.9	F91.9	Disruptif (trouble), du contrôle des impulsions et des conduites, non spécifié
300.15	F44.89	Dissociatif (autre trouble) spécifié
300.14	F44.81	Dissociatif (trouble) de l'identité
300.15	F44.9	Dissociatif (trouble) non spécifié
302.76	F52.6	Douleurs génito-pelviennes (trouble lié à des) ou à la pénétration
333.85	G24.01	Dyskinésie tardive
302.6	F64.8	Dysphorie de genre (autre) spécifiée
302.85	F64.1	Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes
302.6	F64.2	Dysphorie de genre chez les enfants
302.6	F64.9	Dysphorie de genre non spécifiée
625.4	N94.3	Dysphorique prémenstruel (trouble)
333.72	G24.02	Dystonie aiguë induite par des médicaments
333.72	G24.09	Dystonie tardive
V61.8	Z62.29	Éducation à distance des parents
302.75	F52.4	Éjaculation précoce (précoce)
302.74	F52.32	Éjaculation retardée
V61.8	Z63.8	Émotions (haut niveau d') exprimées au sein de la famille
V62.5	Z65.1	Emprisonnement ou autre incarcération
307.7	F98.1	Encoprésie
V61.29	Z62.898	Enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents
307.6	F98.0	Énurésie
V62.9	Z60.9	Environnement social (problème lié à l') non spécifié
302.72	F52.21	Érection (trouble de l')
V62.89	Z60.0	Étape de la vie (problème en rapport avec une) État confusionnel (delirium)
780.09	R41.0	État confusionnel (delirium) (autre) spécifié

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
293.0	F05	État confusionnel (delirium) dû à des étiologies multiples
293.0	F05	État confusionnel (delirium) dû à une autre affection médicale
		État confusionnel (delirium) dû à une intoxication par une substance (<i>cf. les substances spécifiques pour les codes</i>)
		État confusionnel (delirium) dû au sevrage d'une substance (<i>cf. les substances spécifiques pour les codes</i>)
292.81		État confusionnel (delirium) induit par un médicament (<i>cf. les substances spécifiques pour les codes CIM-10-CM</i>)
780.09	R41.0	État confusionnel (delirium) non spécifié
301.82	F60.6	Évitante (personnalité)
V62.4	Z60.4	Exclusion ou rejet social
302.4	F65.2	Exhibitionnisme (trouble)
312.34	F63.81	Explosif intermittent (trouble)
V62.22	Z65.5	Exposition à une catastrophe, à la guerre ou à d'autres hostilités
V15.89	Z91.89	Facteurs de risque personnels (autres)
316	F54	Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales
300.19	F68.10	Factice (trouble)
V61.03	Z63.5	Famille (dislocation de la) par séparation ou divorce
302.81	F65.0	Fétichisme (trouble)
315.35	F80.81	Fluidité verbale (trouble de la) apparaissant durant l'enfance (bégaiement)
307.0	F98.5	Fluidité verbale (trouble de la) débutant à l'âge adulte
302.89	F65.81	Frotteurisme (trouble)
307.23	F95.2	Gilles de la Tourette (syndrome de)
V61.7	Z64.0	Grossesse non désirée (problèmes liés à une)
292.81		Hallucinogène (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un autre)
	F16.121	Avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
	F16.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
	F16.921	Sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
292.89		Hallucinogène (intoxication par un autre)
	F16.129	Avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
	F16.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
	F16.929	Sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
292.89		Hallucinogène (trouble anxieux induit par un autre)
	F16.180	Avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
	F16.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
	F16.980	Sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
292.84		Hallucinogène (trouble bipolaire ou apparenté induit par un autre)
	F16.14	Avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
	F16.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
	F16.94	Sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
		Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre)

1100 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
304.50	F16.20	Grave
305.30	F16.10	Léger
304.50	F16.20	Moyen
292.84		Hallucinogène (trouble dépressif induit par un autre)
	F16.14	Avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
	F16.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
	F16.94	Sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
292.9		Hallucinogène (trouble psychotique induit par un autre)
	F16.159	Avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
	F16.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
	F16.959	Sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
292.9	F16.99	Hallucinogènes (trouble lié à des) non spécifié
292.89	F16.983	Hallucinogènes (trouble persistant des perceptions dû aux)
		Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel)
318.1	F72	Grave
317	F70	Léger
318.0	F71	Moyen
318.2	F73	Profond
319	F79	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) non spécifié
301.50	F60.4	Histrionique (personnalité)
307.44	F51.11	Hypersomnolence
780.54	G47.19	Hypersomnolence (autre) spécifiée
780.54	G47.10	Hypersomnolence non spécifiée
		Hypoventilation liée au sommeil
327.24	G47.34	Hypoventilation idiopathique
327.25	G47.35	Hypoventilation congénitale d'origine centrale
327.26	G47.36	Hypoventilation liée au sommeil comorbide
V63.8	Z75.4	Indisponibilité ou inaccessibilité des autres services d'aide
V63.9	Z75.3	Indisponibilité ou inaccessibilité des services de santé
307.42	F51.01	Insomnie
780.52	G47.09	Insomnie (autre) spécifiée
780.52	G47.00	Insomnie non spécifiée
V62.89	R41.83	Intellectuel (fonctionnement) limite
302.72	F52.22	Intérêt pour l'activité sexuelle (trouble de l') ou de l'excitation sexuelle chez la femme
312.31	F63.0	Jeu d'argent pathologique (trouble lié au jeu d'argent)
V62.5	Z65.3	Juridiques (problèmes liés à d'autres circonstances)
312.32	F63.2	Kleptomanie
315.32	F80.2	Langage (trouble du)
V62.5	Z65.2	Libération de prison (problèmes liés à la)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
V60.9	Z59.9	Logement (problème de) ou économique non spécifié
V60.1	Z59.1	Logement inadéquat
302.83	F65.51	Masochisme sexuel (trouble)
		Médicament (autres effets secondaires d'un)
995.20	T50.905A	Contact initial
995.20	T50.905D	Contact ultérieur
995.20	T50.905S	Séquelles
292.81		Médicament (état confusionnel [delirium] induit par un) (<i>pour les codes CIM-10-MC, voir les substances spécifiques</i>)
300.9	F99	Mental (autre trouble) spécifié
294.8	F06.8	Mental (autre trouble) spécifié dû à une autre affection médicale
300.9	F99	Mental (trouble) non spécifié
294.9	F09	Mental (trouble) non spécifié dû à une autre affection médicale
307.53	F98.21	Mérycisme
333.99	G25.79	Mouvements (autre trouble des) induit par un médicament
307.3	F98.4	Mouvements stéréotypés
V61.5	Z64.1	Multiparité (problèmes liés à la)
313.23	F94.0	Mutisme sélectif
301.81	F60.81	Narcissique (personnalité)
		Narcolepsie
347.00	G47.419	Ataxie cérébelleuse autosomique dominante avec surdité et narcolepsie
347.00	G47.419	Narcolepsie autosomique dominante avec obésité et diabète de type 2
347.01	G47.411	Narcolepsie avec cataplexie sans déficience en hypocrétine
347.00	G47.419	Narcolepsie sans cataplexie avec déficience en hypocrétine
347.10	G47.429	Narcolepsie secondaire à une autre affection médicale
		<i>Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire (autres circonstances liées à la)</i>
V15.42	Z91.412	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence en tant qu'époux(se) ou partenaire
V61.12	Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.11	Z69.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
		Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée
995.85	T74.01XA	Rencontre initiale
995.85	T74.01XD	Rencontre ultérieure
		Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée
995.85	T76.01XA	Rencontre initiale
995.85	T76.01XD	Rencontre ultérieure
		<i>Négligence envers un enfant (autres circonstances liées à la)</i>
V15.42	Z62.812	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence dans l'enfance

1102 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
V62.83	Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de négligence d'un enfant
V61.22	Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de négligence d'un enfant
V61.21	Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par un parent
V61.21	Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par une personne autre qu'un parent
		Négligence envers un enfant, confirmée
995.52	T74.02XA	Rencontre initiale
995.52	T74.02XD	Rencontre ultérieure
		Négligence envers un enfant, suspectée
995.52	T76.02XA	Rencontre initiale
995.52	T76.02XD	Rencontre ultérieure
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger avec corps de Lewy
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à des étiologies multiples
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie d'Alzheimer
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie de Huntington
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie de Parkinson
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une autre affection médicale
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une infection par le VIH
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une lésion cérébrale traumatique
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une maladie à prions
		Neurocognitif (trouble) majeur dû à des étiologies multiples
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement
		Neurocognitif (trouble) majeur dû à la maladie de Huntington (<i>coder d'abord</i> 333.4 [G10] maladie de Huntington)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement
		Neurocognitif (trouble) majeur dû à une autre affection médicale
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement
		Neurocognitif (trouble) majeur dû à une infection par le VIH (<i>coder d'abord</i> 042 [B20] infection par le VIH)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement
		Neurocognitif (trouble) majeur dû à une lésion cérébrale traumatique (<i>coder d'abord</i> 907.0 effet tardif d'une lésion intracrânienne sans fracture du crâne [S06.2X9S séquelles d'une lésion cérébrale traumatique diffuse avec perte de connaissance de durée non déterminée])
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement Neurocognitif (trouble) majeur dû à une maladie à prions (<i>coder d'abord</i> 046.79 [A81.9] maladie à prions)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement
331.9	G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible avec corps de Lewy
331.9	G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à la maladie d'Alzheimer
331.9	G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à la maladie de Parkinson
331.9	G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale Neurocognitif (trouble) majeur probable avec corps de Lewy (<i>coder d'abord</i> 331.82 [G31.83] maladie à corps de Lewy)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer (<i>coder d'abord</i> 331.0 [G30.9] maladie d'Alzheimer)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie de Parkinson (<i>coder d'abord</i> 332.0 [G20] maladie de Parkinson)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale (<i>coder d'abord</i> 331.19 [G31.09] maladie frontotemporale)
294.11	F02.81	Avec perturbation du comportement
294.10	F02.80	Sans perturbation du comportement
799.59	R41.9	Neurocognitif (trouble) non spécifié
331.83	G31.84	Neurocognitif (trouble) vasculaire léger
331.9	G31.9	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur possible Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur probable
290.40	F01.51	Avec perturbation du comportement
290.40	F01.50	Sans perturbation du comportement
315.8	F88	Neurodéveloppemental (autre trouble) spécifié
315.9	F89	Neurodéveloppemental (trouble) non spécifié
V15.81	Z91.19	Non-observance du traitement médical
V60.2	Z59.4	Nourriture adéquate (absence de) ou d'eau potable
300.7	F45.22	Obsession d'une dysmorphie corporelle
300.3	F42	Obsessionnel-compulsif (autre trouble) ou apparenté spécifié
300.3	F42	Obsessionnel-compulsif (trouble)
294.8	F06.8	Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté induit par une substance/ un médicament (<i>cf. les codes spécifiques aux substances</i>)

1104 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
300.3	F42	Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté non spécifié
301.4	F60.5	Obsessionnelle-compulsive (personnalité)
292.89		Opiacé (dysfonction sexuelle induite par un)
	F11.181	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.281	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.981	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
292.0	F11.23	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'un)
292.81		Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un)
	F11.121	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.921	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
292.89		Opiacé (intoxication par un)
		Opiacé (intoxication par un), avec perturbations des perceptions
	F11.122	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.222	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.922	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
		Opiacé (intoxication par un), sans perturbations des perceptions
	F11.129	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.929	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
292.0	F11.23	Opiacé (sevrage d'un)
292.89		Opiacé (trouble anxieux induit par un)
	F11.188	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.988	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
292.84		Opiacé (trouble dépressif induit par un)
	F11.14	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.94	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
		Opiacés (trouble de l'usage des)
304.00	F11.20	Grave
305.50	F11.10	Léger
304.00	F11.20	Moyen
292.85		Opiacé (trouble du sommeil induit par un)
	F11.182	Avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
	F11.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
	F11.982	Sans trouble de l'usage d'un opiacé
292.9	F11.99	Opiacés (trouble lié à des) non spécifié
313.81	F91.3	Oppositionnel (trouble) avec provocation
302.73	F52.31	Orgasme (trouble de l') chez la femme

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
		Panique (spécification de l'attaque de)
300.01	F41.0	Panique (trouble)
301.0	F60.0	Paranoïaque (personnalité)
302.89	F65.89	Paraphilique (autre trouble) spécifié
302.9	F65.9	Paraphilique (trouble) non spécifié
332.1	G21.19	Parkinsonisme induit par d'autres médicaments
332.1	G21.11	Parkinsonisme induit par les neuroleptiques
V60.2	Z59.5	Pauvreté extrême
302.2	F65.4	Pédophilie (trouble)
301.89	F60.89	Personnalité (autre trouble de la) spécifié
310.1	F07.0	Personnalité (modification de la) due à une autre affection médicale
301.9	F60.9	Personnalité (trouble de la) non spécifié
292.81		Phencyclidine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la)
	F16.121	Avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
	F16.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
	F16.921	Sans trouble de l'usage de la phencyclidine
292.89		Phencyclidine (intoxication par la)
	F16.129	Avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
	F16.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
	F16.929	Sans trouble de l'usage de la phencyclidine
292.89		Phencyclidine (trouble anxieux induit par la)
	F16.180	Avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
	F16.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
	F16.980	Sans trouble de l'usage de la phencyclidine
292.84		Phencyclidine (trouble bipolaire ou apparenté induit par la)
	F16.14	Avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
	F16.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
	F16.94	Sans trouble de l'usage de la phencyclidine
292.84		Phencyclidine (trouble dépressif induit par la)
	F16.14	Avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
	F16.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
	F16.94	Sans trouble de l'usage de la phencyclidine
		Phencyclidine (trouble de l'usage de la)
304.60	F16.20	Grave
305.90	F16.10	Léger
304.60	F16.20	Moyen
292.9	F16.99	Phencyclidine (trouble lié à la) non spécifié
292.9		Phencyclidine (trouble psychotique induit par la)
	F16.159	Avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
	F16.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
	F16.959	Sans trouble de l'usage de la phencyclidine

1106 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
300.29		Phobie spécifique
	F40.218	Animal
	F40.228	Environnement naturel
		Sang-injection-accident
	F40.298	Autre
	F40.232	Peur d'autres soins médicaux
	F40.233	Peur d'un accident
	F40.231	Peur des injections et transfusions
	F40.230	Peur du sang
	F40.248	Situationnel
307.52		Pica
	F50.8	Pour les adultes
	F98.3	Pour les enfants
V62.29	Z56.9	Profession (autre problème lié à la)
V62.89	Z65.8	Psychosociales (autres problèmes liés à des circonstances)
V62.9	Z65.9	Psychosociales (problème non spécifié lié à des circonstances <i>psychosociales non spécifiées</i>)
		Psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale
293.82	F06.0	Avec hallucinations
293.81	F06.2	Avec idées délirantes
		Psychotique (trouble) induit par une substance/un médicament (<i>cf. les codes spécifiques aux substances</i>)
298.8	F23	Psychotique bref (trouble)
312.33	F63.1	Pyromanie
313.89	F94.1	Réactionnel (trouble) de l'attachement
V61.8	Z62.891	Relationnel (problème) dans la fratrie
V61.20	Z62.820	Relationnel (problème) parent-enfant
V61.10	Z63.0	Relationnelle (souffrance) avec le conjoint ou le partenaire
V62.89	Z65.8	Religieux ou spirituel (problème)
307.59	F50.8	Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments
315.8	F88	Retard global du développement
V60.2	Z59.6	Revenus (bas)
302.84	F65.52	Sadisme sexuel (trouble)
V60.0	Z59.0	Sans-abri
		Schizoaffectif (trouble)
295.70	F25.0	Type bipolaire
295.70	F25.1	Type dépressif
301.20	F60.1	Schizoïde (personnalité)
295.90	F20.9	Schizophrénie
298.8	F28	Schizophrénie (autre trouble du spectre de la) et autre trouble psychotique spécifié

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
298.9	F29	Schizophrénie (trouble du spectre de la) et autre trouble psychotique non spécifié
295.40	F20.81	Schizophréniforme (trouble)
301.22	F21	Schizotypique (personnalité)
V62.3	Z55.9	Scolaire ou éducatif (problème)
292.89		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (dysfonction sexuelle induite par un)
	F13.181	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.281	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.981	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.0	F13.231	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'un)
292.81		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un)
	F13.121	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.921	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.89		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (intoxication par un)
	F13.129	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F16.929	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.0		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (sevrage d'un)
	F13.232	Avec perturbations des perceptions
	F13.239	Sans perturbations des perceptions
292.89		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble anxieux induit par un)
	F13.180	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.980	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.84		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble bipolaire ou apparenté induit par un)
	F13.14	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.94	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.84		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble dépressif induit par un)
	F13.14	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.94	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

1108 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
292.85		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble du sommeil induit par un)
	F13.182	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.982	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.89		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif léger induit par un)
	F13.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.988	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.82		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif majeur induit par un)
	F13.27	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.97	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
292.9		Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble psychotique induit par un)
	F13.159	Avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
	F13.959	Sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
		Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des)
304.10	F13.20	Grave
305.40	F13.10	Léger
304.10	F13.20	Moyen
292.9	F13.99	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble lié à des) non spécifié
V60.3	Z60.2	Seul (problème lié au fait de vivre)
		Sérvices physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés
995.81	T74.11XA	Rencontre initiale
995.81	T74.11XD	Rencontre ultérieure
		Sérvices physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés
995.81	T76.11XA	Rencontre initiale
995.81	T76.11XD	Rencontre ultérieure
		<i>Sérvices physiques sur un enfant (autres circonstances liées aux)</i>
V15.41	Z62.810	Antécédents personnels (histoire passée) de sérvices physiques dans l'enfance
V62.83	Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sérvices sur un enfant
V61.22	Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sérvices sur un enfant
V61.21	Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices par un parent
V61.21	Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices par une personne autre qu'un parent

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
		Sérvices physiques sur un enfant, confirmés
995.54	T74.12XA	Rencontre initiale
995.54	T74.12XD	Rencontre ultérieure
		Sérvices physiques sur un enfant, suspectés
995.54	T76.12XA	Rencontre initiale
995.54	T76.12XD	Rencontre ultérieure
		<i>Sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire (autres circonstances liées aux)</i>
V15.42	Z91.411	Antécédents personnels (histoire passée) de sérvices psychologiques en tant qu'époux(se) ou partenaire
V61.12	Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.11	Z69.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de sérvices psychologiques de la part de l'époux(se) ou du (de la) partenaire
		Sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmés
995.82	T74.31XA	Rencontre initiale
995.82	T74.31XD	Rencontre ultérieure
		Sérvices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectés
995.82	T76.31XA	Rencontre initiale
995.82	T76.31XD	Rencontre ultérieure
		Sérvices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés
995.82	T74.31XA	Rencontre initiale
995.82	T74.31XD	Rencontre ultérieure
		Sérvices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés
995.82	T76.31XA	Rencontre initiale
995.82	T76.31XD	Rencontre ultérieure
		<i>Sérvices psychologiques sur un enfant (autres circonstances liées aux)</i>
V15.42	Z62.811	Antécédents personnels (histoire passée) de sérvices psychologiques dans l'enfance
V62.83	Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sérvices psychologiques sur un enfant
V61.22	Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sérvices psychologiques sur un enfant
V61.21	Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices psychologiques par un parent
V61.21	Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices psychologiques par une personne autre qu'un parent
		Sérvices psychologiques sur un enfant, confirmés
995.51	T74.32XA	Rencontre initiale
995.51	T74.32XD	Rencontre ultérieure
		Sérvices psychologiques sur un enfant, suspectés
995.51	T76.32XA	Rencontre initiale

1110 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
995.51	T76.32XD	Rencontre ultérieure Sérvices sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés
995.83	T74.21XA	Rencontre initiale
995.83	T74.21XD	Rencontre ultérieure Sérvices sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés
995.83	T76.21XA	Rencontre initiale
995.83	T76.21XD	Rencontre ultérieure <i>Sérvices sexuels sur un enfant (autres circonstances liées aux)</i>
V15.41	Z62.810	Antécédents personnels (histoire passée) de sérvices sexuels dans l'enfance
V62.83	Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sérvices sexuels sur un enfant
V61.22	Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sérvices sexuels sur un enfant
V61.21	Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices sexuels par un parent
V61.21	Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sérvices sexuels par une personne autre qu'un parent Sérvices sexuels sur un enfant, confirmés
995.53	T74.22XA	Rencontre initiale
995.53	T74.22XD	Rencontre ultérieure Sérvices sexuels sur un enfant, suspectés
995.53	T76.22XA	Rencontre initiale
995.53	T76.22XD	Rencontre ultérieure <i>Sérvices sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire (autres circonstances liées aux)</i>
V65.49	Z69.81	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime adulte de sérvices par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire
V62.83	Z69.82	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sérvices sur un adulte n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire
302.79	F52.8	Sexuelle (autre dysfonction) spécifiée Sexuelle (dysfonction) induite par une substance/un médicament (<i>cf. les codes spécifiques aux substances</i>)
302.70	F52.9	Sexuelle (dysfonction) non spécifiée
V65.2	Z76.5	Simulation Sommeil (trouble du) induit par une substance/un médicament (<i>cf. les codes spécifiques aux substances</i>) Sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en)
307.46	F51.3	Type somnambulisme
307.46	F51.4	Type terreur nocturne
327.42	G47.52	Sommeil paradoxal (trouble du comportement en) Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
304.40	F15.20	Grave
305.70	F15.10	Léger
304.40	F15.20	Moyen
		Stimulants (trouble de l'usage des) (<i>cf. trouble de l'usage de substance amphotaminique ou trouble de l'usage de cocaïne pour les codes spécifiques</i>)
308.3	F43.0	Stress aigu (trouble)
309.81	F43.10	Stress post-traumatique (trouble)
V69.9	Z72.9	Style de vie (problème lié au)
292.89		Substance autre (ou inconnue) (dysfonction sexuelle induite par une)
	F19.181	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.281	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.981	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.0	F19.231	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'une)
292.81		Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une)
	F19.121	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.921	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.89		Substance autre (ou inconnue) (intoxication par une)
	F19.129	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.929	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.0	F19.239	Substance autre (ou inconnue) (sevrage d'une)
292.89		Substance autre (ou inconnue) (trouble anxieux induit par une)
	F19.180	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.980	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.84		Substance autre (ou inconnue) (trouble bipolaire ou apparenté induit par une)
	F19.14	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.94	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
		Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une)
304.90	F19.20	Grave
305.90	F19.10	Léger
304.90	F19.20	Moyen

1112 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
292.84		Substance autre (ou inconnue) (trouble dépressif induit par une)
	F19.14	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.94	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.85		Substance autre (ou inconnue) (trouble du sommeil induit par une)
	F19.182	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.282	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.982	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.9	F19.99	Substance autre (ou inconnue) (trouble lié à une) non spécifié
292.89		Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif léger induit par une)
	F19.188	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.988	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.82		Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif majeur induit par une)
	F19.17	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.27	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.97	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.89		Substance autre (ou inconnue) (trouble obsessionnel-compulsif induit par une)
	F19.188	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.988	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.9		Substance autre (ou inconnue) (trouble psychotique induit par une)
	F19.159	Avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
	F19.959	Sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
292.81		Substances inhalées (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par des)
	F18.121	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.221	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.921	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
292.89		Substances inhalées (intoxication par des)
	F18.129	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.229	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.929	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
292.89		Substances inhalées (trouble anxieux induit par des)
	F18.180	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.280	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.980	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
		Substances inhalées (trouble de l'usage des)
304.60	F18.20	Grave
305.90	F18.10	Léger
304.60	F18.20	Moyen
292.84		Substances inhalées (trouble dépressif induit par des)
	F18.14	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.24	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.94	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
292.9	F18.99	Substances inhalées (trouble lié à des) non spécifié
292.89		Substances inhalées (trouble neurocognitif léger induit par des)
	F18.188	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.288	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.988	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
292.82		Substances inhalées (trouble neurocognitif majeur induit par des)
	F18.17	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.27	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.97	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
292.9		Substances inhalées (trouble psychotique induit par des)
	F18.159	Avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
	F18.259	Avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
	F18.959	Sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
278.00	E66.9	Surpoids ou obésité
300.89	F45.8	Symptomatologie somatique (autre trouble à) spécifié
300.82	F45.1	Symptomatologie somatique (trouble à)
300.82	F45.9	Symptomatologie somatique (trouble à) non spécifié
333.94	G25.81	Syndrome des jambes sans repos
333.92	G21.0	Syndrome malin des neuroleptiques
292.0	F17.203	Tabac (sevrage du)
		Tabac (trouble de l'usage du)
305.1	F17.200	Grave
305.1	Z72.0	Léger
305.1	F17.200	Moyen
292.85		Tabac (trouble du sommeil induit par le)
	F17.208	Avec trouble léger de l'usage de tabac
292.9	F17.209	Tabac (trouble lié au) non spécifié
300.3	F42	Thésaurisation pathologique (sylllogomanie)

1114 Liste alphabétique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC et CIM-10-MC)

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
307.20	F95.8	Tics (autres) spécifiés
307.22	F95.1	Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)
307.20	F95.9	Tics non spécifiés
307.21	F95.0	Tics provisoires
302.3	F65.1	Transvestisme (trouble)
V15.49	Z91.49	Traumatisme psychologique (autres antécédents personnels de)
309.89	F43.8	Traumatismes (autre trouble lié à des) ou à des facteurs de stress, spécifié
309.9	F43.9	Traumatismes (trouble lié à des) ou à des facteurs de stress, non spécifié
333.1	G25.1	Tremblement d'attitude induit par un médicament
312.39	F63.3	Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux)
315.39	F80.0	Trouble de la phonation
780.59	G47.8	Veille-sommeil (autre trouble de l'alternance) spécifié
780.59	G47.9	Veille-sommeil (trouble de l'alternance) non spécifié
		Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien
307.45	G47.24	Type alternance veille-sommeil différente de 24 heures
307.45	G47.22	Type avec avance de phase
307.45	G47.21	Type avec retard de phase
307.45	G47.20	Type non spécifié
307.45	G47.23	Type rythme veille-sommeil irrégulier
307.45	G47.26	Type travail posté
V62.89	Z65.4	Victime de crime
V62.89	Z65.4	Victime de terrorisme ou de torture
V60.6	Z59.3	Vie en institution (problème lié à la)
		<i>Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire (autres circonstances liées à la)</i>
V15.41	Z91.410	Antécédents personnels (histoire passée) de violence physique en tant qu'époux(se) ou partenaire
V61.12	Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.11	Z69.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence physique
		Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée
995.81	T74.11XA	Rencontre initiale
995.81	T74.11XD	Rencontre ultérieure
		Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée
995.81	T76.11XA	Rencontre initiale
995.81	T76.11XD	Rencontre ultérieure
		<i>Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire (autres circonstances liées à la)</i>
V15.41	Z91.410	Antécédents personnels (histoire passée) de violence sexuelle en tant qu'époux(se) ou partenaire

CIM-9-MC	CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
V61.12	Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.11	Z69.81	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence sexuelle
		Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée
995.83	T74.21XA	Rencontre initiale
995.83	T74.21XD	Rencontre ultérieure
		Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée
995.83	T76.21XA	Rencontre initiale
995.83	T76.21XD	Rencontre ultérieure
V60.89	Z59.2	Voisinage (conflits de) (avec les voisins, les locataires ou le propriétaire)
302.82	F65.3	Voyeurisme (trouble)

Page laissée en blanc intentionnellement.

Liste numérique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-9-MC)

Il était prévu aux États-Unis que la CIM-9-MC soit utilisée pour le codage jusqu'au 30 septembre 2014 et qu'elle soit remplacée dans cet usage par la CIM-10-MC à partir du 1^{er} octobre 2014¹.

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
278.00	Surpoids ou obésité
290.40	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur probable, avec perturbation du comportement
290.40	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur probable, sans perturbation du comportement
291.0	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par l')
291.0	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage de l')
291.1	Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type amnésique-confabulatoire
291.2	Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type non amnésique-confabulatoire
291.81	Alcool (sevrage de l')
291.82	Alcool (trouble du sommeil induit par l')
291.89	Alcool (dysfonction sexuelle induite par l')
291.89	Alcool (trouble anxieux induit par l')
291.89	Alcool (trouble bipolaire ou apparenté induit par l')
291.89	Alcool (trouble dépressif induit par l')
291.89	Alcool (trouble neurocognitif léger induit par l')
291.9	Alcool (trouble psychotique induit par l')
291.9	Alcool (trouble lié à l') non spécifié
292.0	Amphétamine (sevrage d'une) ou d'un autre stimulant
292.0	Caféine (sevrage de la)
292.0	Cannabis (sevrage du)
292.0	Cocaïne (sevrage de la)
292.0	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'un)
292.0	Opiacé (sevrage d'un)
292.0	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'un)
292.0	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (sevrage d'un)
292.0	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'une)

1. NDT. Le Sénat des États-Unis a approuvé le 31 mars 2014 un projet de loi dont l'une des dispositions est de retarder d'un an, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} octobre 2015, la date d'utilisation de la CIM-10-MC.

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
292.0	Substance autre (ou inconnue) (sevrage d'une)
292.0	Tabac (sevrage du)
292.81	Amphétamine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une) ou un autre stimulant
292.81	Cannabis (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par le)
292.81	Cocaïne (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la)
292.81	Hallucinogène (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un autre)
292.81	Médicament (état confusionnel [delirium] induit par un)
292.81	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un)
292.81	Phencyclidine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la)
292.81	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un)
292.81	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une)
292.81	Substances inhalées (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par des)
292.82	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif majeur induit par un)
292.82	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif majeur induit par une)
292.82	Substances inhalées (trouble neurocognitif majeur induit par des)
292.84	Amphétamine (trouble bipolaire ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant
292.84	Amphétamine (trouble dépressif induit par une) ou un autre stimulant
292.84	Cocaïne (trouble bipolaire ou apparenté induit par la)
292.84	Cocaïne (trouble dépressif induit par la)
292.84	Hallucinogène (trouble bipolaire ou apparenté induit par un autre)
292.84	Hallucinogène (trouble dépressif induit par un autre)
292.84	Opiacé (trouble dépressif induit par un)
292.84	Phencyclidine (trouble bipolaire ou apparenté induit par la)
292.84	Phencyclidine (trouble dépressif induit par la)
292.84	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble bipolaire ou apparenté induit par un)
292.84	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble dépressif induit par un)
292.84	Substance autre (ou inconnue) (trouble bipolaire ou apparenté induit par une)
292.84	Substance autre (ou inconnue) (trouble dépressif induit par une)
292.84	Substances inhalées (trouble dépressif induit par des)
292.85	Amphétamine (trouble du sommeil induit par une) ou un autre stimulant
292.85	Caféine (trouble du sommeil induit par la)
292.85	Cannabis (trouble du sommeil induit par le)
292.85	Cocaïne (trouble du sommeil induit par la)
292.85	Opiacé (trouble du sommeil induit par un)
292.85	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble du sommeil induit par un)
292.85	Substance autre (ou inconnue) (trouble du sommeil induit par une)
292.85	Tabac (trouble du sommeil induit par le)
292.89	Amphétamine (dysfonction sexuelle induite par une) ou un autre stimulant

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
292.89	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant
292.89	Amphétamine (trouble anxieux induit par une) ou un autre stimulant
292.89	Amphétamine (trouble obsessionnel-compulsif induit par une) ou un autre stimulant
292.89	Caféine (trouble anxieux induit par la)
292.89	Cannabis (intoxication par le)
292.89	Cannabis (trouble anxieux induit par le)
292.89	Cocaïne (dysfonction sexuelle induite par la)
292.89	Cocaïne (intoxication par la)
292.89	Cocaïne (trouble anxieux induit par la)
292.89	Cocaïne (trouble obsessionnel-compulsif induit par la)
292.89	Hallucinogène (intoxication par un autre)
292.89	Hallucinogène (trouble anxieux induit par un autre)
292.89	Hallucinogènes (trouble persistant des perceptions dû aux)
292.89	Opiacé (dysfonction sexuelle induite par un)
292.89	Opiacé (intoxication par un)
292.89	Opiacé (trouble anxieux induit par un)
292.89	Phencyclidine (intoxication par la)
292.89	Phencyclidine (trouble anxieux induit par la)
292.89	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (dysfonction sexuelle induite par un)
292.89	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (intoxication par un)
292.89	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble anxieux induit par un)
292.89	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif léger induit par un)
292.89	Substance autre (ou inconnue) (dysfonction sexuelle induite par une)
292.89	Substance autre (ou inconnue) (intoxication par une)
292.89	Substance autre (ou inconnue) (trouble anxieux induit par une)
292.89	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif léger induit par une)
292.89	Substance autre (ou inconnue) (trouble obsessionnel-compulsif induit par une)
292.89	Substances inhalées (trouble anxieux induit par des)
292.89	Substances inhalées (trouble neurocognitif léger induit par des)
292.9	Amphétamine (trouble psychotique induit par une substance) ou un autre stimulant
292.9	Caféine (trouble lié à la) non spécifié
292.9	Cannabis (trouble lié au) non spécifié
292.9	Cannabis (trouble psychotique induit par le)
292.9	Cocaïne (trouble lié à la) non spécifié
292.9	Hallucinogènes (trouble lié à des) non spécifié
292.9	Hallucinogène (trouble psychotique induit par un autre)
292.9	Opiacés (trouble lié à des) non spécifié
292.9	Phencyclidine (trouble lié à la) non spécifié
292.9	Phencyclidine (trouble psychotique induit par la)
292.9	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble lié à des) non spécifié

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
292.9	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble psychotique induit par un)
292.9	Stimulant (trouble de l'usage d'un), non spécifié
292.9	Substance autre (ou inconnue) (trouble lié à une) non spécifié
292.9	Substance autre (ou inconnue) (trouble psychotique induit par une)
292.9	Substances inhalées (trouble lié à des) non spécifié
292.9	Substances inhalées (trouble psychotique induit par des)
292.9	Tabac (trouble lié au) non spécifié
293.0	État confusionnel (delirium) dû à des étiologies multiples
293.0	État confusionnel (delirium) dû à une autre affection médicale
293.81	Psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale, avec idées délirantes
293.82	Psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale, avec hallucinations
293.83	Bipolaire (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale
293.83	Dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale
293.84	Anxieux (trouble) dû à une autre affection médicale
293.89	Catatonie associée à un autre trouble mental (spécification de type catatonique)
293.89	Catatonie non spécifiée (<i>coder d'abord</i> 781.99 autres symptômes impliquant les systèmes nerveux et musculo-squelettique)
293.89	Catatonique (trouble) dû à une autre affection médicale
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur dû à des étiologies multiples, sans perturbation du comportement
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur dû à la maladie de Huntington, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 333.4 maladie de Huntington)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une autre affection médicale, sans perturbation du comportement
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une infection par le VIH, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 042 infection par le VIH)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 907.0 effet tardif d'une lésion intracrânienne sans fracture du crâne)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une maladie à prions, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 046.79 maladie à prions)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur probable avec corps de Lewy, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 331.82 maladie à corps de Lewy)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 331.0 maladie d'Alzheimer)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie de Parkinson, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 332.0 maladie de Parkinson)
294.10	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 331.19 maladie frontotemporale)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur dû à des étiologies multiples, avec perturbation du comportement
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur dû à la maladie de Huntington, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 333.4 maladie de Huntington)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une autre affection médicale, avec perturbation du comportement

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une infection par le VIH, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 042 infection par le VIH)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 907.0 effet tardif d'une lésion intracrânienne sans fracture du crâne)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une maladie à prions, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 046.79 maladie à prions)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur probable avec corps de Lewy, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 331.82 maladie à corps de Lewy)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer (<i>coder d'abord</i> 331.0 maladie d'Alzheimer), avec perturbation du comportement
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie de Parkinson, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 332.0 maladie de Parkinson)
294.11	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> 331.19 maladie frontotemporale)
294.8	Mental (autre trouble) spécifié dû à une autre affection médicale
294.8	Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale
294.9	Mental (trouble) non spécifié dû à une autre affection médicale
295.40	Schizophréniforme (trouble)
295.70	Schizoaffectif (trouble), type bipolaire
295.70	Schizoaffectif (trouble), type dépressif
295.90	Schizophrénie
296.20	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, non spécifié
296.21	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, léger
296.22	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, moyen
296.23	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, grave
296.24	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, avec caractéristiques psychotiques
296.25	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, en rémission partielle
296.26	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, en rémission complète
296.30	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, non spécifié
296.31	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, léger
296.32	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, moyen
296.33	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, grave
296.34	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, avec caractéristiques psychotiques
296.35	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, en rémission partielle
296.36	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, en rémission complète
296.40	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent
296.40	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent, non spécifié
296.40	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, non spécifié
296.41	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, léger
296.42	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, moyen

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
296.43	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, grave
296.44	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, avec caractéristiques psychotiques
296.45	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent, en rémission partielle
296.45	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, en rémission partielle
296.46	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent, en rémission complète
296.46	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, en rémission complète
296.50	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, non spécifié
296.51	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, léger
296.52	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, moyen
296.53	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, grave
296.54	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, avec caractéristiques psychotiques
296.55	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, en rémission partielle
296.56	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, en rémission complète
296.7	Bipolaire (trouble) de type I, épisode actuel ou le plus récent, non spécifié
296.80	Bipolaire (trouble) ou apparenté non spécifié
296.89	Bipolaire (autre trouble) ou apparenté spécifié
296.89	Bipolaire (trouble) de type II
296.99	Disruptif (trouble) avec dysrégulation émotionnelle
297.1	Délirant (trouble)
298.8	Psychotique bref (trouble)
298.8	Schizophrénie (autre trouble du spectre de la) ou autre trouble psychotique spécifié
298.9	Schizophrénie (trouble du spectre de la) ou autre trouble psychotique non spécifié
299.00	Autisme (trouble du spectre de l')
300.00	Anxieux (trouble) non spécifié
300.01	Panique (trouble)
300.02	Anxiété généralisée
300.09	Anxieux (autre trouble) spécifié
300.11	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle)
300.12	Amnésie dissociative
300.13	Amnésie dissociative, avec fugue dissociative
300.14	Dissociatif (trouble) de l'identité
300.15	Dissociatif (autre trouble) spécifié
300.15	Dissociatif (trouble) non spécifié
300.19	Factice (trouble)

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
300.22	Agoraphobie
300.23	Anxiété sociale (phobie sociale)
300.29	Phobie spécifique, animal
300.29	Phobie spécifique, autre
300.29	Phobie spécifique, environnement naturel
300.29	Phobie spécifique, sang-injection-accident
300.29	Phobie spécifique, situationnel
300.3	Obsessionnel-compulsif (autre trouble) ou apparenté spécifié
300.3	Obsessionnel-compulsif (trouble)
300.3	Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté non spécifié
300.3	Thésaurisation pathologique (sylllogomanie)
300.4	Dépressif persistant (trouble) (dysthymie)
300.6	Dépersonnalisation/déréalisation
300.7	Crainte excessive d'avoir une maladie
300.7	Obsession d'une dysmorphie corporelle
300.82	Symptomatologie somatique (trouble à)
300.82	Symptomatologie somatique (trouble à) non spécifié
300.89	Symptomatologie somatique (autre trouble à) spécifié
300.9	Mental (autre trouble) spécifié
300.9	Mental (trouble) non spécifié
301.0	Paranoïaque (personnalité)
301.13	Cyclothymique (trouble)
301.20	Schizoïde (personnalité)
301.22	Schizotypique (personnalité)
301.4	Obsessionnelle-compulsive (personnalité)
301.50	Histrionique (personnalité)
301.6	Dépendante (personnalité)
301.7	Antisociale (personnalité)
301.81	Narcissique (personnalité)
301.82	Évitante (personnalité)
301.83	Borderline (personnalité)
301.89	Personnalité (autre trouble de la) spécifié
301.9	Personnalité (trouble de la) non spécifié
302.2	Pédophilie (trouble)
302.3	Transvestisme (trouble)
302.4	Exhibitionnisme (trouble)
302.6	Dysphorie de genre (autre) spécifiée
302.6	Dysphorie de genre chez les enfants
302.6	Dysphorie de genre non spécifiée
302.70	Sexuelle (dysfonction) non spécifiée

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
302.71	Désir sexuel (diminution du) chez l'homme
302.72	Érection (trouble de l')
302.72	Intérêt pour l'activité sexuelle (trouble de l') ou de l'excitation sexuelle chez la femme
302.73	Orgasme (trouble de l') chez la femme
302.74	Éjaculation retardée
302.75	Éjaculation prématurée (précoce)
302.76	Douleurs génito-pelviennes (trouble lié à des) ou à la pénétration
302.79	Sexuelle (autre dysfonction) spécifiée
302.81	Fétichisme (trouble)
302.82	Voyeurisme (trouble)
302.83	Masochisme sexuel (trouble)
302.84	Sadisme sexuel (trouble)
302.85	Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes
302.89	Frotteurisme (trouble)
302.89	Paraphilique (autre trouble) spécifié
302.9	Paraphilique (trouble) non spécifié
303.00	Alcool (intoxication par l')
303.90	Alcool (trouble de l'usage de l'), grave
303.90	Alcool (trouble de l'usage de l'), moyen
304.00	Opiacés (trouble de l'usage des), grave
304.00	Opiacés (trouble de l'usage des), moyen
304.10	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), grave
304.10	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), moyen
304.20	Cocaïne (trouble de l'usage de), grave
304.20	Cocaïne (trouble de l'usage de), moyen
304.30	Cannabis (trouble de l'usage du), grave
304.30	Cannabis (trouble de l'usage du), moyen
304.40	Amphétaminique (trouble de l'usage de substance), grave
304.40	Amphétaminique (trouble de l'usage de substance), moyen
304.40	Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié), grave
304.40	Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié), moyen
304.50	Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), grave
304.50	Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), moyen
304.60	Phencyclidine (trouble de l'usage de la), grave
304.60	Phencyclidine (trouble de l'usage de la), moyen
304.60	Substances inhalées (trouble de l'usage des), grave
304.60	Substances inhalées (trouble de l'usage des), moyen
304.90	Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), grave
304.90	Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), moyen
305.00	Alcool (trouble de l'usage de l'), léger

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
305.1	Tabac (trouble de l'usage du), grave
305.1	Tabac (trouble de l'usage du), léger
305.1	Tabac (trouble de l'usage du), moyen
305.20	Cannabis (trouble de l'usage du), léger
305.30	Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), léger
305.40	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), léger
305.50	Opiacés (trouble de l'usage des), léger
305.60	Cocaïne (trouble de l'usage de), léger
305.70	Amphétaminique (trouble de l'usage de substance), léger
305.70	Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié), léger
305.90	Caféine (intoxication par la)
305.90	Phencyclidine (trouble de l'usage de la), léger
305.90	Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), léger
305.90	Substances inhalées (trouble de l'usage des), léger
307.0	Fluidité verbale (trouble de la) débutant à l'âge adulte
307.1	Anorexie mentale
307.20	Tics (autres) spécifiés
307.20	Tics non spécifiés
307.21	Tics provisoires
307.22	Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)
307.23	Gilles de la Tourette (syndrome de)
307.3	Mouvements stéréotypés
307.42	Insomnie
307.44	Hypersomnolence
307.45	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type alternance veille-sommeil différente de 24 heures
307.45	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type avec avance de phase
307.45	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type avec retard de phase
307.45	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type non spécifié
307.45	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type rythme veille-sommeil irrégulier
307.45	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type travail posté
307.46	Sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en), type somnambulisme
307.46	Sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en), type terreur nocturne
307.47	Cauchemars
307.50	Alimentation (trouble de l') ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié
307.51	Accès hyperphagiques (<i>binge-eating disorder</i>)
307.51	Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
307.52	Pica

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
307.53	Mérycisme
307.59	Alimentation (autre trouble de l') ou de l'ingestion d'aliments, spécifié
307.59	Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments
307.6	Énurésie
307.7	Encoprésie
307.9	Communication (trouble de la) non spécifié
308.3	Stress aigu (trouble)
309.0	Adaptation (trouble de l'), avec humeur dépressive
309.21	Anxiété de séparation
309.24	Adaptation (trouble de l'), avec anxiété
309.28	Adaptation (trouble de l'), mixte avec anxiété et humeur dépressive
309.3	Adaptation (trouble de l'), avec perturbation des conduites
309.4	Adaptation (trouble de l'), avec perturbation mixte des émotions et des conduites
309.81	Stress post-traumatique (trouble)
309.89	Traumatismes (autre trouble lié à des) ou à des facteurs de stress, spécifié
309.9	Adaptation (trouble de l'), non spécifié
309.9	Traumatismes (trouble lié à des) ou à des facteurs de stress, non spécifié
310.1	Personnalité (modification de la) due à une autre affection médicale
311	Dépressif (autre trouble) spécifié
311	Dépressif (trouble) non spécifié
312.31	Jeu d'argent pathologique (trouble lié au jeu d'argent)
312.32	Kleptomanie
312.33	Pyromanie
312.34	Explosif intermittent (trouble)
312.39	Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux)
312.81	Conduites (trouble des), type à début pendant l'enfance
312.82	Conduites (trouble des), type à début pendant l'adolescence
312.89	Conduites (trouble des), début non spécifié
312.89	Disruptif (autre trouble), du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié
312.9	Disruptif (trouble), du contrôle des impulsions et des conduites, non spécifié
313.23	Mutisme sélectif
313.81	Oppositionnel (trouble) avec provocation
313.89	Contact social (désinhibition du)
313.89	Réactionnel (trouble) de l'attachement
314.00	Attention (déficit de l')/hyperactivité, présentation inattentive prédominante
314.01	Attention (autre déficit de l')/hyperactivité spécifié
314.01	Attention (déficit de l')/hyperactivité, présentation combinée
314.01	Attention (déficit de l')/hyperactivité, présentation hyperactive/impulsive prédominante
314.01	Attention (déficit de l')/hyperactivité non spécifié

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
315.00	Apprentissages (trouble spécifique des), avec déficit de la lecture
315.1	Apprentissages (trouble spécifique des), avec déficit du calcul
315.2	Apprentissages (trouble spécifique des), avec déficit de l'expression écrite
315.32	Langage (trouble du)
315.35	Fluidité verbale (trouble de la) apparaissant durant l'enfance (bégaiement)
315.39	Communication sociale (trouble de la) (pragmatique)
315.39	Trouble de la phonation
315.4	Coordination (trouble développemental de la)
315.8	Neurodéveloppemental (autre trouble) spécifié
315.8	Retard global du développement
315.9	Neurodéveloppemental (trouble) non spécifié
316	Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales
317	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), léger
318.0	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), moyen
318.1	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), grave
318.2	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), profond
319	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) non spécifié
327.21	Apnée centrale du sommeil idiopathique
327.23	Apnée/hypopnée obstructive du sommeil
327.24	Hypoventilation liée au sommeil, hypoventilation idiopathique
327.25	Hypoventilation liée au sommeil, hypoventilation congénitale d'origine centrale
327.26	Hypoventilation liée au sommeil, hypoventilation liée au sommeil comorbide
327.42	Sommeil paradoxal (trouble du comportement en)
331.83	Neurocognitif (trouble) léger avec corps de Lewy
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à des étiologies multiples
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie d'Alzheimer
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie de Huntington
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie de Parkinson
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à une autre affection médicale
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à une infection par le VIH
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à une lésion cérébrale traumatique
331.83	Neurocognitif (trouble) léger dû à une maladie à prions
331.83	Neurocognitif (trouble) vasculaire léger
331.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible avec corps de Lewy
331.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à la maladie d'Alzheimer
331.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à la maladie de Parkinson
331.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale
331.9	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur possible

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
332.1	Parkinsonisme induit par d'autres médicaments
332.1	Parkinsonisme induit par les neuroleptiques
333.1	Tremblement d'attitude induit par un médicament
333.72	Dystonie aiguë induite par des médicaments
333.72	Dystonie tardive
333.85	Dyskinésie tardive
333.92	Syndrome malin des neuroleptiques
333.94	Syndrome des jambes sans repos
333.99	Akathisie aiguë induite par des médicaments
333.99	Akathisie tardive
333.99	Mouvements (autre trouble des) induit par un médicament
347.00	Ataxie cérébelleuse autosomique dominante avec surdité et narcolepsie
347.00	Narcolepsie autosomique dominante avec ob��s��t�� et diabète de type 2
347.00	Narcolepsie sans cataplexie avec d��fici��nce en hypocrétine
347.01	Narcolepsie avec cataplexie sans d��fici��nce en hypocrétine
347.10	Narcolepsie secondaire à une autre affection médicale
625.4	Dysphorique prémenstruel (trouble)
698.4	Dermatillomanie (triturage pathologique de la peau)
780.09	état confusionnel (delirium) (autre) spécifié
780.09	état confusionnel (delirium) non spécifié
780.52	Insomnie (autre) spécifiée
780.52	Insomnie non spécifiée
780.54	Hypersomnolence (autre) spécifiée
780.54	Hypersomnolence non spécifiée
780.57	Apnée centrale du sommeil comorbide d'un usage d'opiacés
780.59	Veille-sommeil (autre trouble de l'alternance) spécifié
780.59	Veille-sommeil (trouble de l'alternance) non spécifié
786.04	Apnée centrale du sommeil, respiration de Cheyne-Stokes
787.60	Contrôle sphinctérien (autre trouble du) spécifié, avec symptômes fécaux
787.60	Contrôle sphinctérien (trouble du) non spécifié, avec symptômes fécaux
788.30	Contrôle sphinctérien (trouble du) non spécifié, avec symptômes urinaires
788.39	Contrôle sphinctérien (autre trouble du) spécifié, avec symptômes urinaires
799.59	Neurocognitif (trouble) non spécifié
995.20	Médicament (autres effets secondaires d'un), contact initial
995.20	Médicament (autres effets secondaires d'un), contact ultérieur
995.20	Médicament (autres effets secondaires d'un), séquelles
995.29	Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), contact initial
995.29	Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), contact ultérieur
995.29	Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), séquelles
995.51	Sévices psychologiques sur un enfant, confirmés, rencontre initiale

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
995.51	Séances psychologiques sur un enfant, confirmés, rencontre ultérieure
995.51	Séances psychologiques sur un enfant, suspectés, rencontre initiale
995.51	Séances psychologiques sur un enfant, suspectés, rencontre ultérieure
995.52	Négligence envers un enfant, confirmée, rencontre initiale
995.52	Négligence envers un enfant, confirmée, rencontre ultérieure
995.52	Négligence envers un enfant, suspectée, rencontre initiale
995.52	Négligence envers un enfant, suspectée, rencontre ultérieure
995.53	Séances sexuelles sur un enfant, confirmés, rencontre initiale
995.53	Séances sexuelles sur un enfant, confirmés, rencontre ultérieure
995.53	Séances sexuelles sur un enfant, suspectés, rencontre initiale
995.53	Séances sexuelles sur un enfant, suspectés, rencontre ultérieure
995.54	Séances physiques sur un enfant, confirmés, rencontre initiale
995.54	Séances physiques sur un enfant, confirmés, rencontre ultérieure
995.54	Séances physiques sur un enfant, suspectés, rencontre initiale
995.54	Séances physiques sur un enfant, suspectés, rencontre ultérieure
995.81	Séances physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
995.81	Séances physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
995.81	Séances physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
995.81	Séances physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
995.81	Violence physique sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre initiale
995.81	Violence physique sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre ultérieure
995.81	Violence physique sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre initiale
995.81	Violence physique sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre ultérieure
995.82	Séances psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
995.82	Séances psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
995.82	Séances psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
995.82	Séances psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
995.82	Séances psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
995.82	Séances psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
995.82	Séances psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
995.82	Séances psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
995.83	Séances sexuelles sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
995.83	Séances sexuelles sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
995.83	Séances sexuelles sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
995.83	Séances sexuelles sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
995.83	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre initiale
995.83	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre ultérieure
995.83	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre initiale
995.83	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre ultérieure
995.85	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre initiale
995.85	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre ultérieure
995.85	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre initiale
995.85	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre ultérieure
V15.41	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices physiques dans l'enfance
V15.41	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices sexuels dans l'enfance
V15.41	Antécédents personnels (histoire passée) de violence physique en tant qu'époux(se) ou partenaire
V15.41	Antécédents personnels (histoire passée) de violence sexuelle en tant qu'époux(se) ou partenaire
V15.42	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence en tant qu'époux(se) ou partenaire
V15.42	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence dans l'enfance
V15.42	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices psychologiques en tant qu'époux(se) ou partenaire
V15.42	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices psychologiques dans l'enfance
V15.49	Traumatisme psychologique (autres antécédents personnels de)
V15.59	Automutilation (antécédents personnels d')
V15.81	Non-observance du traitement médical
V15.89	Facteurs de risque personnels (autres)
V40.31	Déambulation associée à un trouble mental
V60.0	Sans-abri
V60.1	Logement inadéquat
V60.2	Couverture (insuffisance de) ou de protection sociale
V60.2	Nourriture adéquate (absence de) ou d'eau potable
V60.2	Pauvreté extrême
V60.2	Revenus (bas)

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
V60.3	Seul (problème lié au fait de vivre)
V60.6	Vie en institution (problème lié à la)
V60.89	Voisinage (conflits de) (avec les voisins, les locataires ou le propriétaire)
V60.9	Logement (problème de) ou économique non spécifié
V61.03	Famille (dislocation de la) par séparation ou divorce
V61.10	Relationnelle (souffrance) avec le conjoint ou le partenaire
V61.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de sévices psychologiques de la part de l'époux(se) ou du (de la) partenaire
V61.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence physique
V61.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence sexuelle
V61.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sévices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
V61.20	Relationnel (problème) parent-enfant
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par une personne autre qu'un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices par un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices par une personne autre qu'un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices psychologiques par un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices psychologiques par une personne autre qu'un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par un parent
V61.21	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par une personne autre qu'un parent
V61.22	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de négligence d'un enfant
V61.22	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices sur un enfant
V61.22	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices psychologiques sur un enfant
V61.22	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices sexuels sur un enfant

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
V61.29	Enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents
V61.5	Multiparité (problèmes liés à la)
V61.7	Grossesse non désirée (problèmes liés à une)
V61.8	Éducation à distance des parents
V61.8	Émotions (haut niveau d') exprimées au sein de la famille
V61.8	Relationnel (problème) dans la fratrie
V62.21	Déploiement militaire (problème lié à un)
V62.22	Déploiement militaire (antécédents personnels de)
V62.22	Exposition à une catastrophe, à la guerre ou à d'autres hostilités
V62.29	Profession (autre problème lié à la)
V62.3	Scolaire ou éducatif (problème)
V62.4	Acculturation (difficultés d')
V62.4	Cible d'une discrimination nuisible ou d'une persécution (perçues)
V62.4	Exclusion ou rejet social
V62.5	Condamnation en procédure civile ou pénale sans emprisonnement
V62.5	Emprisonnement ou autre incarcération
V62.5	Juridiques (problèmes liés à d'autres circonstances)
V62.5	Libération de prison (problèmes liés à la)
V62.82	Deuil non compliqué
V62.83	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de négligence d'un enfant
V62.83	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices sur un enfant
V62.83	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices psychologiques sur un enfant
V62.83	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices sexuels sur un enfant
V62.83	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sévices sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire
V62.89	Désaccord avec un prestataire de services sociaux, y compris un officier de probation, un gestionnaire de cas (coordonnateur de soins) ou un travailleur social
V62.89	Étape de la vie (problème en rapport avec une)
V62.89	Intellectuel (fonctionnement) limite
V62.89	Psychosociales (autres problèmes liés à des circonstances)
V62.89	Religieux ou spirituel (problème)
V62.89	Victime de crime
V62.89	Victime de terrorisme ou de torture
V62.9	Environnement social (problème lié à l') non spécifié
V62.9	Psychosociales (problème non spécifié lié à des circonstances <i>psychosociales</i> non spécifiées)
V63.8	Indisponibilité ou inaccessibilité des autres services d'aide
V63.9	Indisponibilité ou inaccessibilité des services de santé

CIM-9-MC	Trouble, affection ou problème
V65.2	Simulation
V65.40	Demande (autre) de conseils ou de consultation
V65.49	Consultation relative à la sexualité
V65.49	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime adulte de sévices par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire
V69.9	Style de vie (problème lié au)
V71.01	Antisocial (comportement) de l'adulte
V71.02	Antisocial (comportement) de l'enfant ou de l'adolescent

Page laissée en blanc intentionnellement.

Liste numérique des diagnostics et codes du DSM-5 (CIM-10-MC)

Il était prévu aux États-Unis que la CIM-9-MC soit utilisée pour le codage jusqu'au 30 septembre 2014 et qu'elle soit remplacée dans cet usage par la CIM-10-MC à partir du 1^{er} octobre 2014¹.

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
E66.9	Surpoids ou obésité
F01.50	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur probable, sans perturbation du comportement
F01.51	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur probable, avec perturbation du comportement
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur dû à des étiologies multiples, sans perturbation du comportement
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur dû à la maladie de Huntington, sans perturbation du comportement, (<i>coder d'abord</i> G10 maladie de Huntington)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une autre affection médicale, sans perturbation du comportement
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une infection par le VIH, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> B20 infection par le VIH)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> S06.2X9S séquelles d'une lésion cérébrale traumatique diffuse avec perte de connaissance de durée non déterminée)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une maladie à prions, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> A81.9 maladie à prions)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur probable avec corps de Lewy, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G31.83 maladie à corps de Lewy)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G30.9 maladie d'Alzheimer)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie de Parkinson, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G20 maladie de Parkinson)
F02.80	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, sans perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G31.09 maladie frontotemporale)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur dû à des étiologies multiples, avec perturbation du comportement
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur dû à la maladie de Huntington, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G10 maladie de Huntington)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une autre affection médicale, avec perturbation du comportement

1. NDT. Le Sénat des États-Unis a approuvé le 31 mars 2014 un projet de loi dont l'une des dispositions est de retarder d'un an, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} octobre 2015, la date d'utilisation de la CIM-10-MC.

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une infection par le VIH, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> B20 infection par le VIH)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une lésion cérébrale traumatique, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> S06.2X9S séquelles d'une lésion cérébrale traumatique diffuse avec perte de connaissance de durée non déterminée)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur dû à une maladie à prions, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> A81.9 maladie à prions)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur probable avec corps de Lewy, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G31.83 maladie à corps de Lewy)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie d'Alzheimer, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G30.9 maladie d'Alzheimer)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à la maladie de Parkinson, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G20 maladie de Parkinson)
F02.81	Neurocognitif (trouble) majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale, avec perturbation du comportement (<i>coder d'abord</i> G31.09 maladie frontotemporale)
F05	État confusionnel (delirium) dû à des étiologies multiples
F05	État confusionnel (delirium) dû à une autre affection médicale
F06.0	Psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale, avec hallucinations
F06.1	Catatonie associée à un autre trouble mental (spécification de type catatonique)
F06.1	Catatonie non spécifiée (<i>coder d'abord</i> R29.818 autres symptômes impliquant les systèmes nerveux et musculo-squelettique)
F06.1	Catatonique (trouble) dû à une autre affection médicale
F06.2	Psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale, avec idées délirantes
F06.31	Dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale, avec caractéristiques dépressives
F06.32	Dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale, avec épisode évoquant un épisode dépressif caractérisé
F06.33	Bipolaire (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale, avec caractéristiques maniaques
F06.33	Bipolaire (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale, avec épisode d'allure maniaque ou hypomaniaque
F06.34	Bipolaire (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale, avec caractéristiques mixtes
F06.34	Dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale, avec caractéristiques mixtes
F06.4	Anxieux (trouble) dû à une autre affection médicale
F06.8	Mental (autre trouble) spécifié dû à une autre affection médicale
F06.8	Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale
F07.0	Personnalité (modification de la) due à une autre affection médicale
F09	Mental (trouble) non spécifié dû à une autre affection médicale
F10.10	Alcool (trouble de l'usage de l'), léger
F10.121	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.129	Alcool (intoxication par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.14	Alcool (trouble bipolaire ou apparenté induit par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F10.14	Alcool (trouble dépressif induit par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.159	Alcool (trouble psychotique induit par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.180	Alcool (trouble anxieux induit par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.181	Alcool (dysfonction sexuelle induite par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.182	Alcool (trouble du sommeil induit par l'), avec trouble léger de l'usage de l'alcool
F10.20	Alcool (trouble de l'usage de l'), grave
F10.20	Alcool (trouble de l'usage de l'), moyen
F10.221	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.229	Alcool (intoxication par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.231	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage de l')
F10.232	Alcool (sevrage de l'), avec perturbations des perceptions
F10.239	Alcool (sevrage de l'), sans perturbations des perceptions
F10.24	Alcool (trouble bipolaire ou apparenté induit par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.24	Alcool (trouble dépressif induit par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.259	Alcool (trouble psychotique induit par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.26	Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type amnésique-confabulatoire, avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.27	Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type non amnésique-confabulatoire, avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.280	Alcool (trouble anxieux induit par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.281	Alcool (dysfonction sexuelle induite par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.282	Alcool (trouble du sommeil induit par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.288	Alcool (trouble neurocognitif léger induit par l'), avec trouble moyen ou grave de l'usage de l'alcool
F10.921	Alcool (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.929	Alcool (intoxication par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.94	Alcool (trouble bipolaire ou apparenté induit par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.94	Alcool (trouble dépressif induit par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.959	Alcool (trouble psychotique induit par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.96	Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type amnésique-confabulatoire, sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.97	Alcool (trouble neurocognitif majeur induit par l'), type non amnésique-confabulatoire, sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.980	Alcool (trouble anxieux induit par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.981	Alcool (dysfonction sexuelle induite par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.982	Alcool (trouble du sommeil induit par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool
F10.988	Alcool (trouble neurocognitif léger induit par l'), sans trouble de l'usage de l'alcool

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F10.99	Alcool (trouble lié à l') non spécifié
F11.10	Opiacés (trouble de l'usage des), léger
F11.121	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un), avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.122	Opiacé (intoxication par un), avec perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.129	Opiacé (intoxication par un), sans perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.14	Opiacé (trouble dépressif induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.181	Opiacé (dysfonction sexuelle induite par un), avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.182	Opiacé (trouble du sommeil induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.188	Opiacé (trouble anxieux induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un opiacé
F11.20	Opiacés (trouble de l'usage des), grave
F11.20	Opiacés (trouble de l'usage des), moyen
F11.221	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.222	Opiacé (intoxication par un), avec perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.229	Opiacé (intoxication par un), sans perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.23	Opiacé (sevrage d'un)
F11.23	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'un)
F11.24	Opiacé (trouble dépressif induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.281	Opiacé (dysfonction sexuelle induite par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.282	Opiacé (trouble du sommeil induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.288	Opiacé (trouble anxieux induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un opiacé
F11.921	Opiacé (état confusionnel [delirium] induit par un)
F11.921	Opiacé (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un), sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.922	Opiacé (intoxication par un), avec perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.929	Opiacé (intoxication par un), sans perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.94	Opiacé (trouble dépressif induit par un), sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.981	Opiacé (dysfonction sexuelle induite par un), sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.982	Opiacé (trouble du sommeil induit par un), sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.988	Opiacé (trouble anxieux induit par un), sans trouble de l'usage d'un opiacé
F11.99	Opiacés (trouble lié à des) non spécifié
F12.10	Cannabis (trouble de l'usage du), léger
F12.121	Cannabis (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par le), avec trouble léger de l'usage du cannabis

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F12.122	Cannabis (intoxication par le), avec perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage du cannabis
F12.129	Cannabis (intoxication par le), sans perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage du cannabis
F12.159	Cannabis (trouble psychotique induit par le), avec trouble léger de l'usage du cannabis
F12.180	Cannabis (trouble anxieux induit par le), avec trouble léger de l'usage du cannabis
F12.188	Cannabis (trouble du sommeil induit par le), avec trouble léger de l'usage du cannabis
F12.20	Cannabis (trouble de l'usage du), moyen
F12.20	Cannabis (trouble de l'usage du), grave
F12.221	Cannabis (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par le), avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
F12.222	Cannabis (intoxication par le), avec perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
F12.229	Cannabis (intoxication par le), sans perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
F12.259	Cannabis (trouble psychotique induit par le), avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
F12.280	Cannabis (trouble anxieux induit par le), avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
F12.288	Cannabis (sevrage du)
F12.288	Cannabis (trouble du sommeil induit par le), avec trouble moyen ou grave de l'usage du cannabis
F12.921	Cannabis (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par le), sans trouble de l'usage du cannabis
F12.922	Cannabis (intoxication par le), avec perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage du cannabis
F12.929	Cannabis (intoxication par le), sans perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage du cannabis
F12.959	Cannabis (trouble psychotique induit par le), sans trouble de l'usage du cannabis
F12.980	Cannabis (trouble anxieux induit par le), sans trouble de l'usage du cannabis
F12.988	Cannabis (trouble du sommeil induit par le), sans trouble de l'usage du cannabis
F12.99	Cannabis (trouble lié au) non spécifié
F13.10	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), léger
F13.121	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.129	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (intoxication par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.14	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble bipolaire ou apparenté induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.14	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble dépressif induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.159	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble psychotique induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.180	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble anxieux induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F13.181	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (dysfonction sexuelle induite par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.182	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble du sommeil induit par un), avec trouble léger de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.20	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), grave
F13.20	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), moyen
F13.221	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.229	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (intoxication par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.231	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'un)
F13.232	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (sevrage d'un), avec perturbations des perceptions
F13.239	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (sevrage d'un), sans perturbations des perceptions
F13.24	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble bipolaire ou apparenté induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.24	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble dépressif induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.259	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble psychotique induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.27	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif majeur induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.280	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble anxieux induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.281	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (dysfonction sexuelle induite par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.282	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble du sommeil induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.288	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif léger induit par un), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.921	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] induit par un)
F13.921	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.929	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (intoxication par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.94	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble bipolaire ou apparenté induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.94	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble dépressif induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.959	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble psychotique induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.97	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif majeur induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.980	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble anxieux induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F13.981	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (dysfonction sexuelle induite par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.982	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble du sommeil induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.988	Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (trouble neurocognitif léger induit par un), sans trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique
F13.99	Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble lié à des) non spécifié
F14.10	Cocaïne (trouble de l'usage de), léger
F14.121	Cocaïne (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.122	Cocaïne (intoxication par la), avec perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.129	Cocaïne (intoxication par la), sans perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.14	Cocaïne (trouble bipolaire ou apparenté induit par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.14	Cocaïne (trouble dépressif induit par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.159	Cocaïne (trouble psychotique induit par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.180	Cocaïne (trouble anxieux induit par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.181	Cocaïne (dysfonction sexuelle induite par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.182	Cocaïne (trouble du sommeil induit par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.188	Cocaïne (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par la), avec trouble léger de l'usage de cocaïne
F14.20	Cocaïne (trouble de l'usage de), grave
F14.20	Cocaïne (trouble de l'usage de), moyen
F14.221	Cocaïne (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.222	Cocaïne (intoxication par la), avec perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.229	Cocaïne (intoxication par la), sans perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.23	Cocaïne (sevrage de la)
F14.24	Cocaïne (trouble bipolaire ou apparenté induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.24	Cocaïne (trouble dépressif induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.259	Cocaïne (trouble psychotique induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.280	Cocaïne (trouble anxieux induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.281	Cocaïne (dysfonction sexuelle induite par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.282	Cocaïne (trouble du sommeil induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne
F14.288	Cocaïne (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de cocaïne

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F14.921	Cocaïne (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.922	Cocaïne (intoxication par la), avec perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.929	Cocaïne (intoxication par la), sans perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.94	Cocaïne (trouble bipolaire ou apparenté induit par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.94	Cocaïne (trouble dépressif induit par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.959	Cocaïne (trouble psychotique induit par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.980	Cocaïne (trouble anxieux induit par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.981	Cocaïne (dysfonction sexuelle induite par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.982	Cocaïne (trouble du sommeil induit par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.988	Cocaïne (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par la), sans trouble de l'usage de cocaïne
F14.99	Cocaïne (trouble lié à la) non spécifié
F15.10	Amphétaminique (trouble de l'usage de substance), léger
F15.10	Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié), léger
F15.121	Amphétamine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.122	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, avec perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.129	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, sans perturbations des perceptions, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.14	Amphétamine (trouble bipolaire ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.14	Amphétamine (trouble dépressif induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.159	Amphétamine (trouble psychotique induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.180	Amphétamine (trouble anxieux induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.180	Caféine (trouble anxieux induit par la), avec trouble léger de l'usage de la caféine
F15.181	Amphétamine (dysfonction sexuelle induite par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.182	Amphétamine (trouble du sommeil induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.182	Caféine (trouble du sommeil induit par la), avec trouble léger de l'usage de la caféine
F15.188	Amphétamine (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble léger de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.20	Amphétaminique (trouble de l'usage de substance), grave
F15.20	Amphétaminique (trouble de l'usage de substance), moyen
F15.20	Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié), grave
F15.20	Stimulant (trouble de l'usage d'un <i>stimulant</i> autre ou non spécifié), moyen

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F15.221	Amphétamine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.222	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, avec perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.229	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, sans perturbations des perceptions, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.23	Amphétamine (sevrage d'une) ou d'un autre stimulant
F15.24	Amphétamine (trouble bipolaire ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.24	Amphétamine (trouble dépressif induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.259	Amphétamine (trouble psychotique induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.280	Amphétamine (trouble anxieux induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.280	Caféine (trouble anxieux induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la caféine
F15.281	Amphétamine (dysfonction sexuelle induite par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.282	Amphétamine (trouble du sommeil induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.282	Caféine (trouble du sommeil induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la caféine
F15.288	Amphétamine (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant, avec trouble moyen ou grave de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.921	Amphétamine (état confusionnel [delirium] induit par une) ou un autre stimulant
F15.921	Amphétamine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.922	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, avec perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.929	Amphétamine (intoxication par une) ou un autre stimulant, sans perturbations des perceptions, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.929	Caféine (intoxication par la)
F15.93	Caféine (sevrage de la)
F15.94	Amphétamine (trouble bipolaire ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.94	Amphétamine (trouble dépressif induit par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.959	Amphétamine (trouble psychotique induit par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.980	Amphétamine (trouble anxieux induit par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.980	Caféine (trouble anxieux induit par la), sans trouble de l'usage de la caféine

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F15.981	Amphétamine (dysfonction sexuelle induite par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.982	Amphétamine (trouble du sommeil induit par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.982	Caféine (trouble du sommeil induit par la), sans trouble de l'usage de la caféine
F15.988	Amphétamine (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une) ou un autre stimulant, sans trouble de l'usage d'amphétamine ou d'un autre stimulant
F15.99	Amphétaminique (trouble lié à une substance) ou un autre stimulant, non spécifié
F15.99	Caféine (trouble lié à la) non spécifié
F16.10	Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), léger
F16.10	Phencyclidine (trouble de l'usage de la), léger
F16.121	Hallucinogène (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un autre), avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
F16.121	Phencyclidine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la), avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
F16.129	Hallucinogène (intoxication par un autre), avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
F16.129	Phencyclidine (intoxication par la), avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
F16.14	Hallucinogène (trouble bipolaire ou apparenté induit par un autre), avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
F16.14	Hallucinogène (trouble dépressif induit par un autre), avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
F16.14	Phencyclidine (trouble bipolaire ou apparenté induit par la), avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
F16.14	Phencyclidine (trouble dépressif induit par la), avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
F16.159	Hallucinogène (trouble psychotique induit par un autre), avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
F16.159	Phencyclidine (trouble psychotique induit par la), avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
F16.180	Hallucinogène (trouble anxieux induit par un autre), avec trouble léger de l'usage d'un hallucinogène
F16.180	Phencyclidine (trouble anxieux induit par la), avec trouble léger de l'usage de la phencyclidine
F16.20	Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), grave
F16.20	Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), moyen
F16.20	Phencyclidine (trouble de l'usage de la), grave
F16.20	Phencyclidine (trouble de l'usage de la), moyen
F16.221	Hallucinogène (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un autre), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
F16.221	Phencyclidine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
F16.229	Hallucinogène (intoxication par un autre), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
F16.229	Phencyclidine (intoxication par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F16.24	Hallucinogène (trouble bipolaire ou apparenté induit par un autre), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
F16.24	Hallucinogène (trouble dépressif induit par un autre), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
F16.24	Phencyclidine (trouble bipolaire ou apparenté induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
F16.24	Phencyclidine (trouble dépressif induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
F16.259	Hallucinogène (trouble psychotique induit par un autre), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
F16.259	Phencyclidine (trouble psychotique induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
F16.280	Hallucinogène (trouble anxieux induit par un autre), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'un hallucinogène
F16.280	Phencyclidine (trouble anxieux induit par la), avec trouble moyen ou grave de l'usage de la phencyclidine
F16.921	Hallucinogène (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par un autre), sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
F16.921	Phencyclidine (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par la), sans trouble de l'usage de la phencyclidine
F16.929	Hallucinogène (intoxication par un autre), sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
F16.929	Phencyclidine (intoxication par la), sans trouble de l'usage de la phencyclidine
F16.94	Hallucinogène (trouble bipolaire ou apparenté induit par un autre), sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
F16.94	Hallucinogène (trouble dépressif induit par un autre), sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
F16.94	Phencyclidine (trouble bipolaire ou apparenté induit par la), sans trouble de l'usage de la phencyclidine
F16.94	Phencyclidine (trouble dépressif induit par la), sans trouble de l'usage de la phencyclidine
F16.959	Hallucinogène (trouble psychotique induit par un autre), sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
F16.959	Phencyclidine (trouble psychotique induit par la), sans trouble de l'usage de la phencyclidine
F16.980	Hallucinogène (trouble anxieux induit par un autre), sans trouble de l'usage d'un hallucinogène
F16.980	Phencyclidine (trouble anxieux induit par la), sans trouble de l'usage de la phencyclidine
F16.983	Hallucinogènes (trouble persistant des perceptions dû aux)
F16.99	Hallucinogènes (trouble lié à des) non spécifié
F16.99	Phencyclidine (trouble lié à la) non spécifié
F17.200	Tabac (trouble de l'usage du), grave
F17.200	Tabac (trouble de l'usage du), moyen
F17.203	Tabac (sevrage du)
F17.208	Tabac (trouble du sommeil induit par le), avec trouble léger de l'usage de tabac
F17.209	Tabac (trouble lié au) non spécifié

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F18.10	Substances inhalées (trouble de l'usage des), léger
F18.121	Substances inhalées (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.129	Substances inhalées (intoxication par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.14	Substances inhalées (trouble dépressif induit par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.159	Substances inhalées (trouble psychotique induit par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.17	Substances inhalées (trouble neurocognitif majeur induit par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.180	Substances inhalées (trouble anxieux induit par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.188	Substances inhalées (trouble neurocognitif léger induit par des), avec trouble léger de l'usage d'une substance inhalée
F18.20	Substances inhalées (trouble de l'usage des), grave
F18.20	Substances inhalées (trouble de l'usage des), moyen
F18.221	Substances inhalées (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.229	Substances inhalées (intoxication par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.24	Substances inhalées (trouble dépressif induit par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.259	Substances inhalées (trouble psychotique induit par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.27	Substances inhalées (trouble neurocognitif majeur induit par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.280	Substances inhalées (trouble anxieux induit par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.288	Substances inhalées (trouble neurocognitif léger induit par des), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance inhalée
F18.921	Substances inhalées (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.929	Substances inhalées (intoxication par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.94	Substances inhalées (trouble dépressif induit par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.959	Substances inhalées (trouble psychotique induit par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.97	Substances inhalées (trouble neurocognitif majeur induit par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.980	Substances inhalées (trouble anxieux induit par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.988	Substances inhalées (trouble neurocognitif léger induit par des), sans trouble de l'usage d'une substance inhalée
F18.99	Substances inhalées (trouble lié à des) non spécifié
F19.10	Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), léger

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F19.121	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.129	Substance autre (ou inconnue) (intoxication par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.14	Substance autre (ou inconnue) (trouble bipolaire ou apparenté induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.14	Substance autre (ou inconnue) (trouble dépressif induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.159	Substance autre (ou inconnue) (trouble psychotique induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.17	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif majeur induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.180	Substance autre (ou inconnue) (trouble anxieux induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.181	Substance autre (ou inconnue) (dysfonction sexuelle induite par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.182	Substance autre (ou inconnue) (trouble du sommeil induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.188	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif léger induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.188	Substance autre (ou inconnue) (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une), avec trouble léger de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.20	Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), grave
F19.20	Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), moyen
F19.221	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.229	Substance autre (ou inconnue) (intoxication par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.231	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à un sevrage d'une)
F19.239	Substance autre (ou inconnue) (sevrage d'une)
F19.24	Substance autre (ou inconnue) (trouble bipolaire ou apparenté induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.24	Substance autre (ou inconnue) (trouble dépressif induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.259	Substance autre (ou inconnue) (trouble psychotique induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.27	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif majeur induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.280	Substance autre (ou inconnue) (trouble anxieux induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.281	Substance autre (ou inconnue) (dysfonction sexuelle induite par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.282	Substance autre (ou inconnue) (trouble du sommeil induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.288	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif léger induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F19.288	Substance autre (ou inconnue) (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une), avec trouble moyen ou grave de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.921	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] induit par une)
F19.921	Substance autre (ou inconnue) (état confusionnel [delirium] dû à une intoxication par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.929	Substance autre (ou inconnue) (intoxication par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.94	Substance autre (ou inconnue) (trouble bipolaire ou apparenté induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.94	Substance autre (ou inconnue) (trouble dépressif induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.959	Substance autre (ou inconnue) (trouble psychotique induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.97	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif majeur induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.980	Substance autre (ou inconnue) (trouble anxieux induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.981	Substance autre (ou inconnue) (dysfonction sexuelle induite par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.982	Substance autre (ou inconnue) (trouble du sommeil induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.988	Substance autre (ou inconnue) (trouble neurocognitif léger induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.988	Substance autre (ou inconnue) (trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une), sans trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
F19.99	Substance autre (ou inconnue) (trouble lié à une) non spécifié
F20.81	Schizophréniforme (trouble)
F20.9	Schizophrénie
F21	Schizotypique (personnalité)
F22	Délirant (trouble)
F23	Psychotique bref (trouble)
F25.0	Schizoaffectif (trouble), type bipolaire
F25.1	Schizoaffectif (trouble), type dépressif
F28	Schizophrénie (autre trouble du spectre de la) ou autre trouble psychotique, spécifié
F29	Schizophrénie (trouble du spectre de la) ou autre trouble psychotique, non spécifié
F31.0	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent
F31.11	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, léger
F31.12	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, moyen
F31.13	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, grave
F31.2	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, avec caractéristiques psychotiques
F31.31	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, léger
F31.32	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, moyen
F31.4	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, grave

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F31.5	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, avec caractéristiques psychotiques
F31.71	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent, en rémission partielle
F31.72	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent, en rémission complète
F31.73	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, en rémission partielle
F31.74	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, en rémission complète
F31.75	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, en rémission partielle
F31.76	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, en rémission complète
F31.81	Bipolaire (trouble) de type II
F31.89	Bipolaire (autre trouble) ou apparenté spécifié
F31.9	Bipolaire (trouble) de type I, épisode dépressif actuel ou le plus récent, non spécifié
F31.9	Bipolaire (trouble) de type I, épisode hypomaniaque actuel ou le plus récent, non spécifié
F31.9	Bipolaire (trouble) de type I, épisode maniaque actuel ou le plus récent, non spécifié
F31.9	Bipolaire (trouble) de type I, épisode non spécifié actuel ou le plus récent
F31.9	Bipolaire (trouble) ou apparenté non spécifié
F32.0	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, léger
F32.1	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, moyen
F32.2	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, grave
F32.3	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, avec caractéristiques psychotiques
F32.4	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, en rémission partielle
F32.5	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, en rémission complète
F32.8	Dépressif (autre trouble) spécifié
F32.9	Dépressif (trouble) non spécifié
F32.9	Dépressif caractérisé (trouble), épisode isolé, non spécifié
F33.0	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, léger
F33.1	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, moyen
F33.2	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, grave
F33.3	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, avec caractéristiques psychotiques
F33.41	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, en rémission partielle
F33.42	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, en rémission complète
F33.9	Dépressif caractérisé (trouble), épisode récurrent, non spécifié
F34.0	Cyclothymique (trouble)
F34.1	Dépressif persistant (trouble) (dysthymie)
F34.8	Disruptif (trouble) avec dysrégulation émotionnelle
F40.00	Agoraphobie
F40.10	Anxiété sociale (phobie sociale)

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F40.218	Phobie spécifique, animal
F40.228	Phobie spécifique, environnement naturel
F40.230	Phobie spécifique, peur du sang
F40.231	Phobie spécifique, peur des injections et transfusions
F40.232	Phobie spécifique, peur d'autres soins médicaux
F40.233	Phobie spécifique, peur d'un accident
F40.248	Phobie spécifique, situationnel
F40.298	Phobie spécifique, autre
F41.0	Panique (trouble)
F41.1	Anxiété généralisée
F41.8	Anxieux (autre trouble) spécifié
F41.9	Anxieux (trouble) non spécifié
F42	Obsessionnel-compulsif (autre trouble) ou apparenté spécifié
F42	Obsessionnel-compulsif (trouble)
F42	Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté non spécifié
F42	Thésaurisation pathologique (sylllogomanie)
F43.0	Stress aigu (trouble)
F43.10	Stress post-traumatique (trouble)
F43.20	Adaptation (trouble de l'), non spécifié
F43.21	Adaptation (trouble de l'), avec humeur dépressive
F43.22	Adaptation (trouble de l'), avec anxiété
F43.23	Adaptation (trouble de l'), mixte avec anxiété et humeur dépressive
F43.24	Adaptation (trouble de l'), avec perturbation des conduites
F43.25	Adaptation (trouble de l'), avec perturbation mixte des émotions et des conduites
F43.8	Traumatismes (autre trouble lié à des) ou à des facteurs de stress, spécifié
F43.9	Traumatismes (trouble lié à des) ou à des facteurs de stress, non spécifié
F44.0	Amnésie dissociative
F44.1	Amnésie dissociative, avec fugue dissociative
F44.4	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec des symptômes de déglutition
F44.4	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec des troubles de l'élocution
F44.4	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec faiblesse ou paralysie
F44.4	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec mouvements anormaux
F44.5	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec attaques ou crises épileptiformes
F44.6	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec anesthésie ou perte sensorielle
F44.6	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec symptôme sensoriel spécifique

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F44.7	Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), avec symptômes associés
F44.81	Dissociatif (trouble) de l'identité
F44.89	Dissociatif (autre trouble) spécifié
F44.9	Dissociatif (trouble) non spécifié
F45.1	Symptomatologie somatique (trouble à)
F45.21	Crainte excessive d'avoir une maladie
F45.22	Obsession d'une dysmorphie corporelle
F45.8	Symptomatologie somatique (autre trouble à) spécifié
F45.9	Symptomatologie somatique (trouble à) non spécifié
F48.1	Dépersonnalisation/déréalisation
F50.01	Anorexie mentale, type restrictif
F50.02	Anorexie mentale, type accès hyperphagiques/purgatif
F50.2	Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
F50.8	Accès hyperphagiques (<i>binge-eating disorder</i>)
F50.8	Alimentation (autre trouble de l') ou de l'ingestion d'aliments, spécifié
F50.8	Pica, pour les adultes
F50.8	Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments
F50.9	Alimentation (trouble de l') ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié
F51.01	Insomnie
F51.11	Hypersomnolence
F51.3	Sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en), type somnambulisme
F51.4	Sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en), type terreur nocturne
F51.5	Cauchemars
F52.0	Désir sexuel (diminution du) chez l'homme
F52.21	Érection (trouble de l')
F52.22	Intérêt pour l'activité sexuelle (trouble de l') ou de l'excitation sexuelle chez la femme
F52.31	Orgasme (trouble de l') chez la femme
F52.32	Éjaculation retardée
F52.4	Éjaculation prématurée (précoce)
F52.6	Douleurs génito-pelviennes (trouble lié à des) ou à la pénétration
F52.8	Sexuelle (autre dysfonction) spécifiée
F52.9	Sexuelle (dysfonction) non spécifiée
F54	Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales
F60.0	Paranoïaque (personnalité)
F60.1	Schizoïde (personnalité)
F60.2	Antisociale (personnalité)
F60.3	Borderline (personnalité)
F60.4	Histrionique (personnalité)
F60.5	Obsessionnelle-compulsive (personnalité)
F60.6	Évitante (personnalité)

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F60.7	Dépendante (personnalité)
F60.81	Narcissique (personnalité)
F60.89	Personnalité (autre trouble de la) spécifié
F60.9	Personnalité (trouble de la) non spécifié
F63.0	Jeu d'argent pathologique (trouble lié au jeu d'argent)
F63.1	Pyromanie
F63.2	Kleptomanie
F63.3	Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux)
F63.81	Explosif intermittent (trouble)
F64.1	Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes
F64.2	Dysphorie de genre chez les enfants
F64.8	Dysphorie de genre (autre) spécifiée
F64.9	Dysphorie de genre non spécifiée
F65.0	Fétichisme (trouble)
F65.1	Transvestisme (trouble)
F65.2	Exhibitionnisme (trouble)
F65.3	Voyeurisme (trouble)
F65.4	Pédophilie (trouble)
F65.51	Masochisme sexuel (trouble)
F65.52	Sadisme sexuel (trouble)
F65.81	Frotteurisme (trouble)
F65.89	Paraphilique (autre trouble) spécifié
F65.9	Paraphilique (trouble) non spécifié
F68.10	Factice (trouble)
F70	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), léger
F71	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), moyen
F72	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), grave
F73	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), profond
F79	Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) non spécifié
F80.0	Trouble de la phonation
F80.2	Langage (trouble du)
F80.81	Fluidité verbale (trouble de la) apparaissant durant l'enfance (bégaiement)
F80.89	Communication sociale (trouble de la) (pragmatique)
F80.9	Communication (trouble de la) non spécifié
F81.0	Apprentissages (trouble spécifique des), avec déficit de la lecture
F81.2	Apprentissages (trouble spécifique des), avec déficit du calcul
F81.81	Apprentissages (trouble spécifique des), avec déficit de l'expression écrite
F82	Coordination (trouble développemental de la)
F84.0	Autisme (trouble du spectre de l')
F88	Neurodéveloppemental (autre trouble) spécifié
F88	Retard global du développement

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
F89	Neurodéveloppemental (trouble) non spécifié
F90.0	Attention (déficit de l')/hyperactivité, présentation inattentive prédominante
F90.1	Attention (déficit de l')/hyperactivité, présentation hyperactive/impulsive prédominante
F90.2	Attention (déficit de l')/hyperactivité, présentation combinée
F90.8	Attention (autre déficit de l')/hyperactivité spécifié
F90.9	Attention (déficit de l')/hyperactivité non spécifié
F91.1	Conduites (trouble des), type à début pendant l'enfance
F91.2	Conduites (trouble des), type à début pendant l'adolescence
F91.3	Oppositionnel (trouble) avec provocation
F91.8	Disruptif (autre trouble), du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié
F91.9	Conduites (trouble des), début non spécifié
F91.9	Disruptif (trouble), du contrôle des impulsions et des conduites, non spécifié
F93.0	Anxiété de séparation
F94.0	Mutisme sélectif
F94.1	Réactionnel (trouble) de l'attachement
F94.2	Contact social (désinhibition du)
F95.0	Tics provisoires
F95.1	Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)
F95.2	Gilles de la Tourette (syndrome de)
F95.8	Tics (autres) spécifiés
F95.9	Tics non spécifiés
F98.0	Énurésie
F98.1	Encoprésie
F98.21	Mérycisme
F98.3	Pica, pour les enfants
F98.4	Mouvements stéréotypés
F98.5	Fluidité verbale (trouble de la) débutant à l'âge adulte
F99	Mental (autre trouble) spécifié
F99	Mental (trouble) non spécifié
G21.0	Syndrome malin des neuroleptiques
G21.11	Parkinsonisme induit par les neuroleptiques
G21.19	Parkinsonisme induit par d'autres médicaments
G24.01	Dyskinésie tardive
G24.02	Dystonie aiguë induite par des médicaments
G24.09	Dystonie tardive
G25.1	Tremblement d'attitude induit par un médicament
G25.71	Akathisie aiguë induite par des médicaments
G25.71	Akathisie tardive
G25.79	Mouvements (autre trouble des) induit par un médicament
G25.81	Syndrome des jambes sans repos

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger avec corps de Lewy
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à des étiologies multiples
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie d'Alzheimer
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie de Huntington
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à la maladie de Parkinson
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une autre affection médicale
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une infection par le VIH
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une lésion cérébrale traumatique
G31.84	Neurocognitif (trouble) léger dû à une maladie à prions
G31.84	Neurocognitif (trouble) vasculaire léger
G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible avec corps de Lewy
G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à la maladie d'Alzheimer
G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à la maladie de Parkinson
G31.9	Neurocognitif (trouble) majeur possible dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale
G31.9	Neurocognitif (trouble) vasculaire majeur possible
G47.00	Insomnie non spécifiée
G47.09	Insomnie (autre) spécifiée
G47.10	Hypersomnolence non spécifiée
G47.19	Hypersomnolence (autre) spécifiée
G47.20	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type non spécifié
G47.21	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type avec retard de phase
G47.22	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type avec avance de phase
G47.23	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type rythme veille-sommeil irrégulier
G47.24	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type alternance veille-sommeil différente de 24 heures
G47.26	Veille-sommeil (troubles de l'alternance) liés au rythme circadien, type travail posté
G47.31	Apnée centrale du sommeil idiopathique
G47.33	Apnée/hypopnée obstructive du sommeil
G47.34	Hypoventilation liée au sommeil, hypoventilation idiopathique
G47.35	Hypoventilation liée au sommeil, hypoventilation congénitale d'origine centrale
G47.36	Hypoventilation liée au sommeil, hypoventilation liée au sommeil comorbide
G47.37	Apnée centrale du sommeil comorbide d'un usage d'opiacés
G47.411	Narcolepsie avec cataplexie sans déficience en hypocréline
G47.419	Ataxie cérébelleuse autosomique dominante avec surdité et narcolepsie
G47.419	Narcolepsie autosomique dominante avec obésité et diabète de type 2
G47.419	Narcolepsie sans cataplexie avec déficience en hypocréline
G47.429	Narcolepsie secondaire à une autre affection médicale

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
G47.52	Sommeil paradoxal (trouble du comportement en)
G47.8	Veille-sommeil (autre trouble de l'alternance) spécifié
G47.9	Veille-sommeil (trouble de l'alternance) non spécifié
L98.1	Dermatillomanie (trituration pathologique de la peau)
N39.498	Contrôle sphinctérien (autre trouble du) spécifié, avec symptômes urinaires
N94.3	Dysphorique prémenstruel (trouble)
R06.3	Apnée centrale du sommeil, respiration de Cheyne-Stokes
R15.9	Contrôle sphinctérien (autre trouble du) spécifié, avec symptômes fécaux
R15.9	Contrôle sphinctérien (trouble du) non spécifié, avec symptômes fécaux
R32	Contrôle sphinctérien (trouble du) non spécifié, avec symptômes urinaires
R41.0	État confusionnel (delirium) (autre) spécifié
R41.0	État confusionnel (delirium) non spécifié
R41.83	Intellectuel (fonctionnement) limite
R41.9	Neurocognitif (trouble) non spécifié
T43.205A	Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), contact initial
T43.205D	Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), contact ultérieur
T43.205S	Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), séquelles
T50.905A	Médicament (autres effets secondaires d'un), contact initial
T50.905D	Médicament (autres effets secondaires d'un), contact ultérieur
T50.905S	Médicament (autres effets secondaires d'un), séquelles
T74.01XA	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre initiale
T74.01XD	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre ultérieure
T74.02XA	Négligence envers un enfant, confirmée, rencontre initiale
T74.02XD	Négligence envers un enfant, confirmée, rencontre ultérieure
T74.11XA	Séviesses physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
T74.11XA	Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre initiale
T74.11XD	Séviesses physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
T74.11XD	Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre ultérieure
T74.12XA	Séviesses physiques sur un enfant, confirmés, rencontre initiale
T74.12XD	Séviesses physiques sur un enfant, confirmés, rencontre ultérieure
T74.21XA	Séviesses sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
T74.21XA	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre initiale
T74.21XD	Séviesses sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
T74.21XD	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmée, rencontre ultérieure
T74.22XA	Séviesses sexuels sur un enfant, confirmés, rencontre initiale
T74.22XD	Séviesses sexuels sur un enfant, confirmés, rencontre ultérieure

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
T74.31XA	Sévices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
T74.31XA	Sévices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre initiale
T74.31XD	Sévices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
T74.31XD	Sévices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, confirmés, rencontre ultérieure
T74.32XA	Sévices psychologiques sur un enfant, confirmés, rencontre initiale
T74.32XD	Sévices psychologiques sur un enfant, confirmés, rencontre ultérieure
T76.01XA	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre initiale
T76.01XD	Négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre ultérieure
T76.02XA	Négligence envers un enfant, suspectée, rencontre initiale
T76.02XD	Négligence envers un enfant, suspectée, rencontre ultérieure
T76.11XA	Sévices physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
T76.11XA	Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre initiale
T76.11XD	Sévices physiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
T76.11XD	Violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre ultérieure
T76.12XA	Sévices physiques sur un enfant, suspectés, rencontre initiale
T76.12XD	Sévices physiques sur un enfant, suspectés, rencontre ultérieure
T76.21XA	Sévices sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
T76.21XA	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre initiale
T76.21XD	Sévices sexuels sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
T76.21XD	Violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectée, rencontre ultérieure
T76.22XA	Sévices sexuels sur un enfant, suspectés, rencontre initiale
T76.22XD	Sévices sexuels sur un enfant, suspectés, rencontre ultérieure
T76.31XA	Sévices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
T76.31XA	Sévices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre initiale
T76.31XD	Sévices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
T76.31XD	Sévices psychologiques sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, suspectés, rencontre ultérieure
T76.32XA	Sévices psychologiques sur un enfant, suspectés, rencontre initiale
T76.32XD	Sévices psychologiques sur un enfant, suspectés, rencontre ultérieure
Z55.9	Scolaire ou éducatif (problème)
Z56.82	Déploiement militaire (problème lié à un)
Z56.9	Profession (autre problème lié à la)

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
Z59.0	Sans-abri
Z59.1	Logement inadéquat
Z59.2	Voisinage (conflits de) (avec les voisins, les locataires ou le propriétaire)
Z59.3	Vie en institution (problème lié à la)
Z59.4	Nourriture adéquate (absence de) ou d'eau potable
Z59.5	Pauvreté extrême
Z59.6	Revenus (bas)
Z59.7	Couverture (insuffisance de) ou de protection sociale
Z59.9	Logement (problème de) ou économique non spécifié
Z60.0	Étape de la vie (problème en rapport avec une)
Z60.2	Seul (problème lié au fait de vivre)
Z60.3	Acculturation (difficultés d')
Z60.4	Exclusion ou rejet social
Z60.5	Cible d'une discrimination nuisible ou d'une persécution (perçues)
Z60.9	Environnement social (problème lié à l') non spécifié
Z62.29	Éducation à distance des parents
Z62.810	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices physiques dans l'enfance
Z62.810	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices sexuels dans l'enfance
Z62.811	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices psychologiques dans l'enfance
Z62.812	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence dans l'enfance
Z62.820	Relationnel (problème) parent-enfant
Z62.891	Relationnel (problème) dans la fratrie
Z62.898	Enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents
Z63.0	Relationnelle (souffrance) avec le conjoint ou le partenaire
Z63.4	Deuil non compliqué
Z63.5	Famille (dislocation de la) par séparation ou divorce
Z63.8	Émotions (haut niveau d') exprimées au sein de la famille
Z64.0	Grossesse non désirée (problèmes liés à une)
Z64.1	Multiparité (problèmes liés à la)
Z64.4	Désaccord avec un prestataire de services sociaux, y compris un officier de probation, un gestionnaire de cas (coordonnateur de soins) ou un travailleur social
Z65.0	Condamnation en procédure civile ou pénale sans emprisonnement
Z65.1	Emprisonnement ou autre incarcération
Z65.2	Libération de prison (problèmes liés à la)
Z65.3	Juridiques (problèmes liés à d'autres circonstances)
Z65.4	Victime de crime
Z65.4	Victime de terrorisme ou de torture
Z65.5	Exposition à une catastrophe, à la guerre ou à d'autres hostilités
Z65.8	Psychosociales (autres problèmes liés à des circonstances)
Z65.8	Religieux ou spirituel (problème)
Z65.9	Psychosociales (problème non spécifié lié à des circonstances <i>psychosociales</i> non spécifiées)

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par un parent
Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices par un parent
Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices psychologiques par un parent
Z69.010	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par un parent
Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de négligence d'un enfant
Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices sur un enfant
Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices psychologiques sur un enfant
Z69.011	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur parental de sévices sexuels sur un enfant
Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de négligence par une personne autre qu'un parent
Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices par une personne autre qu'un parent
Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices psychologiques par une personne autre qu'un parent
Z69.020	Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par une personne autre qu'un parent
Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de négligence d'un enfant
Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices sur un enfant
Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices psychologiques sur un enfant
Z69.021	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur non parental de sévices sexuels sur un enfant
Z69.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
Z69.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime de sévices psychologiques de la part de l'époux(se) ou du (de la) partenaire
Z69.11	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence physique
Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sévices psychologiques sur l'époux(se) ou le (la) partenaire
Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
Z69.12	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
Z69.81	Rencontre pour des soins de santé mentale pour la victime adulte de sévices par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire

CIM-10-MC	Trouble, affection ou problème
Z69.81	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'époux(se) ou le (la) partenaire victime de violence sexuelle
Z69.82	Rencontre pour des soins de santé mentale pour l'auteur de sévices sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire
Z70.9	Consultation relative à la sexualité
Z71.9	Demande (autre) de conseils ou de consultation
Z72.0	Tabac (trouble de l'usage du), léger
Z72.810	Antisocial (comportement) de l'enfant ou de l'adolescent
Z72.811	Antisocial (comportement) de l'adulte
Z72.9	Style de vie (problème lié au)
Z75.3	Indisponibilité ou inaccessibilité des services de santé
Z75.4	Indisponibilité ou inaccessibilité des autres services d'aide
Z76.5	Simulation
Z91.19	Non-observance du traitement médical
Z91.410	Antécédents personnels (histoire passée) de violence physique en tant qu'époux(se) ou partenaire
Z91.410	Antécédents personnels (histoire passée) de violence sexuelle en tant qu'époux(se) ou partenaire
Z91.411	Antécédents personnels (histoire passée) de sévices psychologiques en tant qu'époux(se) ou partenaire
Z91.412	Antécédents personnels (histoire passée) de négligence en tant qu'époux(se) ou partenaire
Z91.49	Traumatisme psychologique (autres antécédents personnels de)
Z91.5	Automutilation (antécédents personnels d')
Z91.82	Déploiement militaire (antécédents personnels de)
Z91.83	Déambulation associée à un trouble mental
Z91.89	Facteurs de risque personnels (autres)

Page laissée en blanc intentionnellement.

Conseillers et autres contributeurs du DSM-5

APA Board of Trustees DSM-5 Review Committees

Scientific Review Committee (SRC)

Kenneth S. Kendler, M.D. (Chair)
Robert Freedman, M.D. (Co-chair)
Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
David Brent, M.D. (2011-)
Ellen Leibenluft, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D. (-2011)
Paul S. Summergrad, M.D.
Robert J. Ursano, M.D. (-2011)
Myrna Weissman, Ph.D. (2011-)
Joel Yager, M.D.
Jill L. Opalesky M.S. (Administrative Support)

Clinical and Public Health Review Committee (CPHC)

John S. McIntyre, M.D. (Chair)
Joel Yager, M.D. (Co-chair)
Anita Ewverett M.D.
Cathryn A. Galanter, M.D.
Jeffrey M. Lyness, M.D.
James E. Niner, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Michael J. Vergare, M.D.
Ann Miller (Administrative Support)

Oversight Committee

Carolyn Robinowitz, M.D. (Chair)
Mary Badaracco, M.D.
Ronald Burd, M.D.
Robert Freedman, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Kyla Pope, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Daniel K. Winstead, M.D.
Joel Yager, M.D.

APA Assembly DSM-5 Review Committee

Glenn A. Martin, M.D. (Chair)
R. Scott Benson, M.D. (Speaker of the Assembly)

William Cardasis, M.D.
John M. de Figueiredo, M.D.
Lawrence S. Gross, M.D.
Brian S. Hart, M.D.
Stephen A. McLeod Bryant, M.D.
Gregory A. Miller, M.D.
Roger Peele, M.D.
Charles S. Price, M.D.
Deepika Sastry, M.D.
John P.D. Shemo, M.D.
Eliot Sorel, M.D.

DSM-5 Summit Group

Dilip V. Jeste, M.D. (Chair)
R. Scott Benson, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Glenn A. Martin, M.D.
John S. McIntyre, M.D.
John M. Oldham, M.D.
Roger Peele, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
James H. Scully Jr., M.D.
Joel Yager, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D. (Consultant)
Michael B. First, M.D. (Consultant)

DSM-5 Field Trials Review

Robert D. Gibbons, Ph.D.
Craig Nelson, M.D.

DSM-5 Forensic Review

Paul S. Appelbaum, M.D.
Lama Bazzi, M.D.
Alec W. Buchanan, M.D., Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, M.D.
Michael Champion, M.D.
Jeffrey C. Eisen, M.D.
Elizabeth Ford, M.D.
Daniel T. Hackman, M.D.

Mark Hauser, M.D.
 Steven K. Hoge, M.D., M.B.A.
 Debra A. Pinals, M.D.
 Guillermo Portillo, M.D.

Patricia Recupero, M.D., J.D.
 Robert Weinstock, M.D.
 Cheryl Wills, M.D.
 Howard V. Zonana, M.D.

Past DSM-5 APA Staff

Erin J. Dalder-Alpher
 Kristin Edwards
 Leah I. Engel

Lenna Jawdat
 Elizabeth C. Martin
 Rocio J. Salvador

Work Group Advisors

TDAA et troubles disruptifs

Emil F. Coccaro, M.D.
 Deborah Dabrick, Ph.D.
 Prudence W. Fisher, Ph.D.
 Benjamin B. Lahey, Ph.D.
 Salvatore Mannuzza, Ph.D.
 Mary Solanto, Ph.D.
 J. Blake Turner, Ph.D.
 Eric Youngstrom, Ph.D.

Anxiété, spectre obsessionnel-compulsif, troubles post-traumatiques et dissociatifs

Lynn E. Alden, Ph.D.
 David B. Arciniegas, M.D.
 David H. Barlow, Ph.D.
 Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
 Chris R. Brewin, Ph.D.
 Richard J. Brown, Ph.D.
 Timothy A. Brown, Ph.D.
 Richard A. Bryant, Ph.D.
 Joan M. Cook, Ph.D.
 Joop de Jong, M.D., Ph.D.
 Paul F. Dell, Ph.D.
 Damiaan Denys, M.D.
 Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
 Brian A. Fallon, M.D., M.P.H.
 Edna B. Foa, Ph.D.
 Martin E. Franklin, Ph.D.
 Wayne K. Goodman, M.D.
 Jon E. Grant, J.D., M.D.
 Bonnie L. Green, Ph.D.
 Richard G. Heimberg, Ph.D.
 Judith L. Herman, M.D.
 Devon E. Hinton, M.D., Ph.D.
 Stefan G. Hofmann, Ph.D.
 Charles W. Hoge, M.D.

Terence M. Keane, Ph.D.
 Nancy J. Keuthen, Ph.D.
 Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
 Katharina Kircanski, Ph.D.
 Laurence J. Kirmayer, M.D.
 Donald F. Klein, M.D., D.Sc.
 Amaro J. Laria, Ph.D.
 Richard T. LeBeau, M.A.
 Richard J. Loewenstein, M.D.
 David Mataix-Cols, Ph.D.
 Thomas W. McAllister, M.D.
 Harrison G. Pope, M.D., M.P.H.
 Ronald M. Rapee, Ph.D.
 Steven A. Rasmussen, M.D.
 Patricia A. Resick, Ph.D.
 Vedat Sar, M.D.
 Sanjaya Saxena, M.D.
 Paula P. Schnurr, Ph.D.
 M. Katherine Shear, M.D.
 Daphne Simeon, M.D.
 Harvey S. Singer, M.D.
 Melinda A. Stanley, Ph.D.
 James J. Strain, M.D.
 Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.
 Onno van der Hart, Ph.D.
 Eric Vermetten, M.D., Ph.D.
 John T. Walkup, M.D.
 Sabine Wilhelm, Ph.D.
 Douglas W. Woods, Ph.D.
 Richard E. Zinbarg, Ph.D.
 Joseph Zohar, M.D.

Troubles de l'enfance et de l'adolescence

Adrian Angold, Ph.D.
 Deborah Beidel, Ph.D.

David Brent, M.D.
 John Campo, M.D.
 Gabrielle Carlson, M.D.
 Prudence W. Fisher, Ph.D.
 David Klonsky, Ph.D.
 Matthew Nock, Ph.D.
 J. Blake Turner, Ph.D.

Troubles alimentaires

Michael J. Devlin, M.D.
 Denise E. Wilfley, Ph.D.
 Susan Z. Yanovski, M.D.

Troubles de l'humeur

Boris Birmaher, M.D.
 Yeates Conwell, M.D.
 Ellen B. Dennehy, Ph.D.
 S. Ann Hartlage, Ph.D.
 Jack M. Hettema, M.D., Ph.D.
 Michael C. Neale, Ph.D.
 Gordon B. Parker, M.D., Ph.D., D.Sc.
 Roy H. Perlis, M.D. M.Sc.
 Holly G. Prigerson, Ph.D.
 Norman E. Rosenthal, M.D.
 Peter J. Schmidt, M.D.
 Mort M. Silverman, M.D.
 Meir Steiner, M.D., Ph.D.
 Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A.
 Sidney Zisook, M.D.

Troubles neurocognitifs

Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
 Vladimir Hachinski, M.D., C.M., D.Sc.
 Sharon Inouye, M.D., M.P.H.
 Grant Iverson, Ph.D.
 Laura Marsh, M.D.
 Bruce Miller, M.D.
 Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A.
 Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
 George Prigatano, Ph.D.
 Ron Ruff, Ph.D.
 Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
 Robert Sweet, M.D.
 Paula Trzepacz, M.D.

Troubles neurodéveloppementaux

Ari Ne'eman
 Nickola Nelson, Ph.D.
 Diane Paul, Ph.D.
 Eva Petrova, Ph.D.
 Andrew Pickles, Ph.D.
 Jan Piek, Ph.D.
 Helene Polatajko, Ph.D.

Alya Reeve, M.D.
 Mabel Rice, Ph.D.
 Joseph Sergeant, Ph.D.
 Bennett Shaywitz, M.D.
 Sally Shaywitz, M.D.
 Audrey Thurm, Ph.D.
 Keith Widaman, Ph.D.
 Warren Zigman, Ph.D.

Personnalité et troubles de la personnalité

Eran Chemerinski, M.D.
 Thomas N. Crawford, Ph.D.
 Harold W. Koenigsberg, M.D.
 Kristian E. Markon, Ph.D.
 Rebecca L. Shiner, Ph.D.
 Kenneth R. Silk, M.D.
 Jennifer L. Tackett, Ph.D.
 David Watson, Ph.D.

Troubles psychotiques

Kamaldeep Bhui, M.D.
 Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
 Richard Douyon, M.D.
 Paolo Fusar-Poli, Ph.D.
 John H. Krystal, M.D.
 Thomas H. McGlashan, M.D.
 Victor Peralta, M.D., Ph.D.
 Anita Riecher-Rössler, M.D.
 Mary V. Seeman, M.D.

Troubles sexuels et de l'identité de genre

Stan E. Althof, Ph.D.
 Richard Balon, M.D.
 John H.J. Bancroft, M.D., M.A., D.P.M.
 Howard E. Barbaree, Ph.D., M.A.
 Rosemary J. Basson, M.D.
 Sophie Bergeron, Ph.D.
 Anita L. Clayton, M.D.
 David L. Delmonico, Ph.D.
 Domenico Di Ceglie, M.D.
 Esther Gomez-Gil, M.D.
 Jamison Green, Ph.D.
 Richard Green, M.D. J.D.
 R. Karl Hanson, Ph.D.
 Lawrence Hartmann, M.D.
 Stephen J. Hucker, M.B.
 Eric S. Janus, J.D.
 Patrick M. Jern, Ph.D.
 Megan S. Kaplan, Ph.D.
 Raymond A. Knight, Ph.D.

Ellen T.M. Laan, Ph.D.
 Stephen B. Levine, M.D.
 Christopher G. McMahon, M.B.
 Marta Meana, Ph.D.
 Michael H. Miner, Ph.D., M.A.
 William T. O'Donohue, Ph.D.
 Michael A. Perelman, Ph.D.
 Caroline F. Pukall, Ph.D.
 Robert E. Pyke, M.D., Ph.D.
 Vernon L. Quinsey, Ph.D. M.Sc.
 David L. Rowland, Ph.D., M.A.
 Michael Sand, Ph.D., M.P.H.
 Leslie R. Schover, Ph.D., M.A.
 Paul Stern, B.S., J.D.
 David Thornton, Ph.D.
 Leonore Tiefer, Ph.D.
 Douglas E. Tucker, M.D.
 Jacques van Lankveld, Ph.D.
 Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D.

Troubles de l'alternance veille-sommeil

Donald L. Bliwise, Ph.D.
 Daniel J. Buysse, M.D.
 Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
 Sanjeeve V. Kothare, M.D.
 Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
 Mark W. Mahowald, M.D.
 Rachel Manber, Ph.D.
 Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.

Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
 Thomas C. Neylan, M.D.
 Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.
 Judith Owens, M.D., M.P.H.
 Daniel L. Picchietti, M.D.
 Stuart F. Quan, M.D.
 Thomas Roth, Ph.D.
 Daniel Weintraub, M.D.
 Theresa B. Young, Ph.D.
 Phyllis C. Zee, M.D., Ph.D.

Troubles à symptomatologie somatique

Brenda Bursch, Ph.D.
 Kurt Kroenke, M.D.
 W. Curt LaFrance, Jr., M.D., M.P.H.
 Jon Stone, M.B., Ch.B., Ph.D.
 Lynn M. Wegner, M.D.

Troubles liés à une substance

Raymond F. Anton, Jr., M.D.
 Deborah A. Dawson, Ph.D.
 Roland R. Griffiths, Ph.D.
 Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.
 John E. Helzer, M.D.
 Marilyn A. Huestis, Ph.D.
 John R. Hughes, M.D.
 Laura M. Juliano, Ph.D.
 Thomas R. Kosten, M.D.
 Nora D. Volkow, M.D.

Groupe d'études du DSM-5 et autres conseillers du DSM-5

Approches développementales du cours de la vie

Christina Bryant, Ph.D.
 Amber Gum, Ph.D.
 Thomas Meeks, M.D.
 Jan Mohlman, Ph.D.
 Steven Thorp, Ph.D.
 Julie Wetherell, Ph.D.

Questions multiculturelles et liées au genre

Neil K. Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A.
 Sofie Bäärnhielm, M.D., Ph.D.
 José J. Bauermeister, Ph.D.
 James Boehnlein, M.D., M.Sc.
 Jaswant Guzder, M.D.

Alejandro Interian, Ph.D.
 Sushrut S. Jadhav, M.B.B.S., M.D., Ph.D.
 Laurence J. Kirmayer, M.D.
 Alex J. Kopelowicz, M.D.
 Amaro J. Laria, Ph.D.
 Steven R. Lopez, Ph.D.
 Kwame J. McKenzie, M.D.
 John R. Peteet, M.D.
 Hans (J.G.B.M.) Rohlf, M.D.
 Cecile Rousseau, M.D.
 Mitchell G. Weiss, M.D., Ph.D.

Interface psychiatrie/médecine générale

Daniel L. Coury, M.D.
 Bernard P. Dreyer, M.D.

Danielle Laraque, M.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Déficience et handicap

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Martin Prince, M.D., M.Sc.
Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instruments d'évaluation diagnostique

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Ruben Gur, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
John Houston, M.D., Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.

Autres contributeurs/consultants

TDAH et troubles disruptifs

Patrick E. Shrout, Ph.D.
Erik Willcutt, Ph.D.

**Anxiété, spectre
obsessionnel-compulsif, troubles
post-traumatiques et dissociatifs**

Etzel Cardeña, Ph.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Charlie Marmar, M.D.
Alfonso Martinez-Taboas, Ph.D.
Mark W. Miller, Ph.D.
Mark H. Pollack, M.D.
Heidi S. Resnick, Ph.D.

**Troubles de l'enfance
et de l'adolescence**

Grace T. Baranek, Ph.D.
Colleen Jacobson, Ph.D.
Maria Oquendo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.

Troubles alimentaires

Nancy L. Zucker, Ph.D.

Troubles de l'humeur

Keith Hawton, M.D., Ph.D.
David A. Jobes, Ph.D.
Maria A. Oquendo, M.D.
Alan C. Swann, M.D.

Troubles neurocognitifs

J. Eric Ahlskog, M.D., Ph.D.
Allen J. Aksamit, M.D.
Marilyn Albert, Ph.D.
Guy Mckhann, M.D.
Bradley Boeve, M.D.
Helena Chui, M.D.
Sureyya Dikmen, Ph.D.
Douglas Galasko, M.D.

Harvey Levin, Ph.D.
Mark Lovell, Ph.D.
Jeffery Max, M.B.B.Ch.
Ian McKeith, M.D.
Cynthia Munro, Ph.D.
Marlene Oscar-Berman, Ph.D.
Alexander Troster, Ph.D.

Troubles neurodéveloppementaux

Anna Barnett, Ph.D.
Martha Denckla, M.D.
Jack M. Fletcher, Ph.D.
Dido Green, Ph.D.
Stephen Greenspan, Ph.D.
Bruce Pennington, Ph.D.
Ruth Shalev, M.D.
Larry B. Silver, M.D.
Lauren Swineford, Ph.D.
Michael Von Aster, M.D.

**Personnalité et troubles
de la personnalité**

Patricia R. Cohen, Ph.D.
Jaime L. Derringer, Ph.D.
Lauren Helm, M.D.
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Anthony Pinto, Ph.D.

Troubles psychotiques

Scott W. Woods, M.D.

**Troubles sexuels et de l'identité
de genre**

Alan J. Riley, M.Sc.
Ray C. Rosen, Ph.D.

**Troubles de l'alternance
veille-sommeil**

Jack D. Edinger, Ph.D.
David Gozal, M.D.
Hochang B. Lee, M.D.

Tore A. Nielsen, Ph.D.
Michael J. Sateia, M.D.
Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Troubles à symptomatologie somatique

Chuck V. Ford, M.D.
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., M.D.

Troubles liés à une substance

Sally M. Anderson, Ph.D.
Julie A. Kable, Ph.D.
Christopher Martin, Ph.D.
Sarah N. Mattson, Ph.D.
Edward V. Nunes, Jr., M.D.
Mary J. O'Connor, Ph.D.
Heather Carmichael Olson, Ph.D.
Blair Paley, Ph.D.
Edward P. Riley, Ph.D.
Tulshi D. Saha, Ph.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D.
George E. Woody, M.D.

Spectre diagnostique et harmonisation DSM/CIM

Bruce Cuthbert, Ph.D.

Approches développementales du cours de la vie

Aartjan Beekman Ph.D.
Alistair Flint, M.B.
David Sultzer, M.D.
Ellen Whyte, M.D.

Questions multiculturelles et liées au genre

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Kavoos G. Bassiri, M.S.
Venkataramana Bhat, M.D.
Marit Boiler, M.P.H.
Denise Canso, M.Sc.
Smita N. Deshpande, M.D., D.P.M.
Ravi DeSilva, M.D.
Esperanza Diaz, M.D.
Byron J. Good, Ph.D.
Simon Groen, M.A.
Ladson Hinton, M.D.
Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.

Francis G. Lu, M.D.
Athena Madan, M.A.
Anne W. Mbwayo, Ph.D.
Oanh Meyer, Ph.D.
Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.
David M. Ndeti, M.D.
Andel V. Nicasio, M.S.Ed.
Vasudeo Paralikal, M.D., Ph.D.
Kanak Patil, M.A.
Filipa I. Santos, H.B.Sc.
Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.
Monica Z. Scalco, M.D., Ph.D.
Katie Thompson, M.A.
Hendry Ton, M.D., M.Sc.
Rob C.J. van Dijk, M.Sc.
William A. Vega, Ph.D.
Johann M. Vega-Dienstmaier, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D.

Interface psychiatrie/médecine générale

Daniel J. Balog, M.D.
Charles C. Engel, M.D., M.P.H.
Charles D. Motsinger, M.D.

Déficiência et handicap

Cille Kennedy, Ph.D.

Instruments d'évaluation diagnostique

Paul J. Piconis, Ph.D.

Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique

William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Chair*
Roger Peele, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D., *Advisor*
Stanley N. Caroff, M.D., *Contributor/Consultant*
James B. Lohr, M.D., *Contributor/Consultant*
Marianne Wambolt, Ph.D., *Contributor/Consultant*

Groupe de recherche du DSM-5

Allan Donner, Ph.D.

CPHC Peer Reviewers

Kenneth Altshuler, M.D.
Pedro G. Alvarenga, M.D.

Diana J. Antonacci, M.D.
Richard Balon, M.D.

David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarrett Barnhill, M.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed.D.
James Bourgeois, M.D.
David Braff, M.D.
Harry Brandt, M.D.
Kirk Brower, M.D.
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Brenda Bursch, Ph.D.
Joseph Camilleri, M.D.
Patricia Casey, M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Eran Chemerinski, M.D.
Wai Chen, M.D.
Elie Cheniaux, M.D., D.Sc.
Cheryl Chessick, M.D.
J. Richard Ciccone, M.D.
Anita H. Clayton, M.D.
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
John Csernansky, M.D.
Manuel J. Cuesta M.D., Ph.D.
Joanne L. Davis, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, M.D.
Dimitris Dikeos, M.D.
Ina E. Djonlagic, M.D.
C. Neill Epperson, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Spencer Eth, M.D.
David Fassler, M.D.
Giovanni A. Fava, M.D.
Robert Feinstein, M.D.
Molly Finnerty, M.D.
Mark H. Fleisher, M.D.
Alessio Florentini, M.D.
Laura Fochtmann, M.D.
Marshal Forstein, M.D.
William French, M.D.
Maximillian Gahr, M.D.
Cynthia Geppert, M.D.
Ann Germaine, Ph.D.
Marcia Goin, M.D.
David A. Gorelick, M.D., Ph.D.
David Graeber, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, M.D.
Victoria Hendrick, M.D.
Merrill Herman, M.D.
David Herzog, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Ya-fen Huang, M.D.
Anthony Kales, M.D.
Niranjan S. Karnik, M.D., Ph.D.
Jeffrey Katzman, M.D.
Bryan King, M.D.
Cecilia Kjellgren, M.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Steven Lamberti, M.D.
Ruth A. Lanius, M.D.
John Lauriello, M.D.
Anthony Lehman, M.D.
Michael Linden, M.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, M.D.
Wendy Marsh, M.D.
Michael S. McCloskey, Ph.D.
Jeffrey Metzner, M.D.
Robert Michels, M.D.
Laura Miller, M.D.
Michael C. Miller, M.D.
Frederick Moeller, M.D.
Peter T. Morgan, M.D., Ph.D.
Madhav Muppa, M.D.
Philip Muskin, M.D.
Joachim Nitschke, M.D.
Abraham Nussbaum, M.D.
Ann Olincy, M.D.
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, M.D.
Ismene L. Petrakis, M.D.
Christophe M. Pfeiffer, M.D.
Karen Pierce, M.D.
Belinda Plattner, M.D.
Franklin Putnam, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
John Racy, M.D.
Phillip Resnick, M.D.
Michele Riba, M.D.
Jerold Rosenbaum, M.D.
Stephen Ross, M.D.
Lawrence Scahill, M.S.N., Ph.D.
Daniel Schechter, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.
Alessandro Serretti, M.D.
Jianhua Shen, M.D.
Ravi Kumar R. Singareddy, M.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.

Gary Small, M.D.
 Paul Soloff, M.D.
 Christina Stadler, M.D., Ph.D.
 Nada Stotland, M.D.
 Neil Swerdlow, M.D.
 Kim Tillery, Ph.D.
 David Tolin, Ph.D.
 Jayne Trachman, M.D.
 Luke Tsai, M.D.
 Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.

Richard Tuch, M.D.
 Johan Verhulst, M.D.
 B. Timothy Walsh, M.D.
 Michael Weissberg, M.D.
 Godehard Weniger, M.D.
 Keith Widaman, Ph.D.
 Thomas Wise, M.D.
 George E. Woods, M.D.
 Kimberly A. Yonkers, M.D.
 Alexander Young, M.D.

DSM-5 Field Trials in Academic Clinical Centers – Adult Samples

**David Geffen School of Medicine, University of California,
 Los Angeles**

Investigator

Helen Lavretsky, M.D., Principal Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Jessica Brommelhoff, Ph.D.
 Xavier Cagigas, Ph.D.
 Paul Cernin, Ph.D.
 Linda Ercoli, Ph.D.
 Randall Espinoza, M.D.

Helen Lavretsky, M.D.

Jeanne Kim, Ph.D.
 David Merrill, M.D.
 Karen Miller, Ph.D.
 Christopher Nunez, Ph.D.

Research Coordinators

Natalie St. Cyr, M.A., Lead Research Coordinator
 Nora Nazarian, B.A.
 Colin Shinn, M.A.

**Centre for Addiction and Mental Health, Toronto,
 Ontario, Canada**

Investigators

Bruce G. Pollock, M.D., Ph.D., Lead Principal Investigator
 R. Michael Bagby, Ph.D., Principal Investigator
 Kwame J. McKenzie, M.D., Principal Investigator
 Tony P. George, M.D., Co-investigator
 Lena C. Quilty, Ph.D., Co-investigator
 Peter Voore, M.D., Co-investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Donna E. Akman, Ph.D.

R. Michael Bagby, Ph.D.
 Wayne C. V. Baici, M.D.
 Crystal Baluyut, M.D.
 Eva W. C. Chow, M.D., J.D., M.P.H.
 Z. J. Daskalakis, M.D., Ph.D.
 Pablo Diaz-Hermosillo, M.D.
 George Foussias, M.Sc., M.D.
 Paul A. Frewen, Ph.D.
 Ariel Graff-Guerrero, M.D., M.Sc., Ph.D.
 Margaret K. Hahn, M.D.
 Lorena Hsu, Ph.D.
 Justine Joseph, Ph.D.
 Sean Kidd, Ph.D.

Kwame J. McKenzie, M.D.
 Mahesh Menon, Ph.D.
 Romina Mizrahi, M.D., Ph.D.
 Daniel J. Mueller, M.D., Ph.D.
 Lena C. Quilty, Ph.D.
 Anthony C. Ruocco, Ph.D.
 Jorge Soni, M.D.
 Aristotle N. Voineskos, M.D., Ph.D.
 George Voineskos, M.D.
 Peter Voore, Ph.D.
 Chris Watson, Ph.D.

Referring Clinicians

Ofer Agid, M.D.
 Ash Bender, M.D.
 Patricia Cavanagh, M.D.
 Sarah Colman, M.D.
 Vincenzo Deluca, M.D.
 Justin Geagea, M.D.
 David S. Goldbloom, M.D.
 Daniel Greben, M.D.
 Malati Gupta, M.D.
 Ken Harrison, M.D.

Imraan Jeeva, M.D.
 Joel Jeffries, M.B.
 Judith Laposa, Ph.D.
 Jan Malat, M.D.
 Shelley McMain, Ph.D.
 Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
 Andriy V. Samokhvalov, M.D., Ph.D.
 Martin Strassnig, M.D.
 Albert H. C. Wong, M.D., Ph.D.

Research Coordinators

Gloria I. Leo, M.A., Lead Research
 Coordinator
 Anissa D. Bachan, B.A.
 Bahar Haji-Khamneh, M.A.
 Olga Likhodi, M.Sc.
 Eleanor J. Liu, Ph.D.
 Sarah A. McGee Ng, B.B.A.

Other Research Staff

Susan E. Dickens, M.A., Clinical
 Research Manager
 Sandy Richards, B.Sc.N., Schizophrenia
 Research Manager

Dallas VA Medical Center, Dallas, Texas

Investigators

Carol S. North, M.D., M.P.E., Principal
 Investigator
 Alina Suris, Ph.D., A.B.P.P., Principal
 Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Barry Ardolf, Psy.D.
 Abila Awan, M.D.
 Joel Baskin, M.D.
 John Black, Ph.D.
 Jeffrey Dodds, Ph.D.
 Gloria Emmett, Ph.D.
 Karma Hudson, M.D.
 Jamylah Jackson, Ph.D., A.B.P.P.
 Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., A.B.P.P.
 Heidi Koehler, Ph.D., A.B.P.P.
 Elizabeth Lewis, Psy.D.
 Aashish Parikh, M.D.
 Reed Robinson, Ph.D.
 Jheel Shah, M.D.
 Geetha Shivakumar, M.D.
 Sarah Spain, Ph.D., A.B.P.P.

Lisa Thoman, Ph.D.
 Lia Thomas, M.D.
 Jamie Zabukovec, Psy.D.
 Mustafa Zaidi, M.D.
 Andrea Zartman, Ph.D.

General Referral Sources

Robert Blake, L.M.S.W.
 Evelyn Gibbs, L.M.S.W.
 Michelle King-Thompson, L.M.S.W.

Research Coordinators

Jeannie B. Whitman, Ph.D., Lead Research
 Coordinator
 Sunday Adewuyi, M.D.
 Elizabeth Anderson, B.A.
 Solaleh Azimipour, B.S.
 Carissa Barney, B.S.
 Kristie Cavazos, B.A.
 Robert Devereaux, B.S.
 Dana Downs, M.S., M.S.W.
 Sharjeel Farooqui, M.D.
 Julia Smith, Psy.D.
 Kun-Ying H. Sung, B.S.

School of Medicine, The University of Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Investigator

Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H.,
M.B.A., Principal Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Suman Baddam, Psy.D.
Charles L. Bowden, M.D.
Nancy Diazgranados, M.D., M.S.
Craig A. Dike, Psy.D.
Dianne E. Dunn, Psy.D., M.P.H.
Elena Gherman, M.D.
Jodi M. Gonzalez, Ph.D.
Pablo Gonzalez, M.D.
Phillip Lai, Psy.D.
Natalie Maples-Aguilar, M.A., L.P.A.
Marlon P. Quinones, M.D.
Jeslina J. Raj, Psy.D.
David L. Roberts, Ph.D.
Nancy Sandusky, R.N., F.P.M.H.N.P.-B.C.,
D.N.P.-C.

Donna S. Stutes, M.S., L.P.C.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.PH, M.B.A.
Dawn I. Velligan, Ph.D.
Weiran Wu, M.D., Ph.D.

Referring Clinicians

Albana Dassori, M.D.
Megan Frederick, M.A.
Robert Gonzalez, M.D.
Uma Kasinath, M.D.
Camis Milam, M.D.
Vivek Singh, M.D.
Peter Thompson, M.D.

Research Coordinators

Melissa Hernandez, B.A., Lead
Research Coordinator
Fermin Alejandro Carrizales, B.A.
Martha Dahl, R.N., B.S.N.
Patrick M. Smith, B.A.
Nicole B. Watson, M.A.

Michael E. DeBakey VA Medical Center and the Menninger Clinic, Houston, Texas (Joint Study Site)

Michael E. DeBakey VA Medical Center

Investigator

Laura Marsh, M.D., Principal Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Shalini Aggarwal, M.D.
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Crystal Clark, M.D.
Charles DeJohn, M.D.
Robert Garza, M.D.
Aruna Gottumakkla, M.D.
Janet Hickey, M.D.
James Ireland, M.D.
Mary Lois Lacey, A.P.R.N.
Wendy Leopoulos, M.D.
Laura Marsh, M.D.
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.

Avila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph.D.
Rachel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Referring Clinicians

Sara Allison, M.D.
Leonard Denney, L.C.S.W.
Catherine Flores, L.C.S.W.
Nathalie Marie, M.D.
Christopher Martin, M.D.
Sanjay Mathew, M.D.
Erica Montgomery, M.D.
Gregory Scholl, P.A.
Jocelyn Ulanday, M.D., M.P.H.

Research Coordinators

Sarah Neely Torres, B.S., Lead Research
Coordinator

Kathleen Grout, M.A.
Lea Kiefer, M.P.H.
Jana Tran, M.A.

Volunteer Research Assistants

Catherine Clark
Linh Hoang

Menninger Clinic

Investigator

Efrain Bleiberg, M.D., Principal Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Jennifer Baumgardner, Ph.D.
Elizabeth Dodd Conaway, L.C.S.W., B.C.D.
Warren Christianson, D.O.
Wesley Clayton, L.M.S.W.
J. Christopher Fowler, Ph.D.
Michael Groat, Ph.D.
Edythe Harvey, M.D.
Denise Kagan, Ph.D.
Hans Meyer, L.C.S.W.

Segundo Robert-Ibarra, M.D.
Sandhya Trivedi, M.D.
Rebecca Wagner, Ph.D.
Harrell Woodson, Ph.D.
Amanda Yoder, L.C.S.W.

Referring Clinicians

James Flack, M.D.
David Ness, M.D.

Research Coordinators

Steve Herrera, B.S., M.T., Lead Research Coordinator
Allison Kalpakci, B.A.

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Investigators

Mark A. Frye, M.D., Principal Investigator
Glenn E. Smith, Ph.D., Principal Investigator
Jeffrey P. Staab M.D., M.S., Principal Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Osama Abulseoud, M.D.
Jane Cerhan, Ph.D.
Julie Fields, Ph.D.
Mark A. Frye, M.D.
Manuel Fuentes, M.D.
Yonas Geda, M.D.
Maria Harmandayan, M.D.
Reba King, M.D.
Simon Kung, M.D.
Mary Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, M.D.
Alastair McKean, M.D.
Juliana Moraes, M.D.

Teresa Rummans, M.D.
James R. Rundell, M.D.
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola, D.O.
Jeffrey P. Staab M.D., M.S.
Marin Veldic, M.D.
Mark D. Williams, M.D.
Maya Yustis, Ph.D.

Research Coordinators

Lisa Seymour, B.S., Lead Research Coordinator
Scott Feeder, M.S.
Lee Gunderson, B.S.
Sherrie Hanna, M.A., L.P.
Kelly Harper, B.A.
Katie Mingo, B.A.
Cynthia Stoppel, A.S.

Other Study Staff

Anna Frye
Andrea Hogan

Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Investigators

Mahendra T. Bhati, M.D., Principal Investigator

Marna S. Barrett, Ph.D., Co-investigator
Michael E. Thase, M.D., Co-investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Peter B. Bloom, M.D.
 Nicole K Chalmers L.C.S.W.
 Torrey A. Creed, Ph.D.
 Mario Cristancho, M.D.
 Amy Cunningham, Psy.D.
 John P. Dennis, Ph.D.
 Josephine Elia, M.D.
 Peter Gariti, Ph.D., L.C.S.W.
 Philip Gehrman, Ph.D.
 Laurie Gray, M.D.
 Emily A.P. Haigh, Ph.D.
 Nora J. Johnson, M.B.A., M.S., Psy.D.
 Paulo Knapp, M.D.
 Yong-Tong Li, M.D.
 Bill Mace, Ph.D.
 Kevin S. McCarthy, Ph.D.
 Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
 Luke Schultz, Ph.D.
 Tracy Steen, Ph.D.
 Chris Tjoa, M.D.
 Nancy A. Wintering, L.C.S.W.

Referring Clinicians

Eleanor Ainslie, M.D.
 Kelly C. Allison, Ph.D.
 Rebecca Aspden, M.D.
 Claudia F. Baldassano, M.D.
 Vijayta Bansal, M.D.
 Rachel A. Bennett, M.D.
 Richard Bollinger, Ph.D.
 Andrea Bowen, M.D.
 Karla Campanella, M.D.
 Anthony Carlino, M.D.
 Noah Carroll, M.S.S.
 Alysia Cirona, M.D.
 Samuel Collier, M.D.
 Andreea Crauciuc, L.C.S.W.
 Pilar Cristancho, M.D.
 Traci D'Almeida, M.D.
 Kathleen Diller, M.D.
 Benoit Dubé, M.D.
 Jon Dukes, M.S.W.
 Lauren Elliott, M.D.
 Mira Elwell, B.A.
 Mia Everett, M.D.
 Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
 Patricia Furlan, Ph.D.
 Joanna Goldstein, L.C.S.W.
 Paul Grant, Ph.D.

Jillian Graves, L.C.S.W.
 Tamar Gur, M.D., Ph.D.
 Alisa Gutman, M.D., Ph.D.
 Nora Hymowitz, M.D.
 Sofia Jensen, M.D.
 Tiffany King, M.S.W.
 Katherine Levine, M.D.
 Alice Li, M.D.
 Janet Light, L.C.S.W.
 John Listerud, M.D., Ph.D.
 Emily Malcoun, Ph.D.
 Donovan Maust, M.D.
 Adam Meadows, M.D.
 Michelle Moyer, M.D.
 Rebecca Naugle, L.C.S.W.
 Cory Newman, Ph.D.
 John Northrop, M.D., Ph.D.
 Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
 John O'Reardon, M.D.
 Abraham Pachikara, M.D.
 Andrea Perelman, M.S.W.
 Diana Perez, M.S.W.
 Bianca Previdi, M.D.
 J. Russell Ramsay, Ph.D.
 Jorge Rivera-Colon, M.D.
 Jan Smedley, L.C.S.W.
 Katie Struble, M.S.W.
 Aita Susi, M.D.
 Yekaterina Tatarchuk, M.D.
 Ellen Tarves, M.A.
 Allison Tweedie, M.D.
 Holly Valerio, M.D.
 Thomas A. Wadden, Ph.D.
 Joseph Wright, Ph.D.
 Yan Xuan, M.D.
 David Yusko, Psy.D.

Research Coordinators

Jordan A. Coello, B.A., Lead Research
 Coordinator
 Eric Wang, B.S.E.

Volunteer Research Assistants/Interns

Jeannine Barker, M.A., A.T.R.
 Jacqueline Baron
 Kelsey Bogue
 Alexandra Ciomek
 Martekuo Dodoo, B.A.
 Julian Domanico
 Laura Heller, B.A.

Leah Hull-Rawson, B.A.
Jacquelyn Klehm, B.A.
Christina Lam

Dante Proetto, B.S.
Molly Roy
Casey Shannon

Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Investigators

Carl Feinstein, M.D., Principal Investigator
Debra Safer, M.D., Principal Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Kari Berquist, Ph.D.
Eric Clausell, Ph.D.
Danielle Colborn, Ph.D.
Whitney Daniels, M.D.
Alison Darcy, Ph.D.
Krista Fielding, M.D.
Mina Fisher, M.D.
Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, M.D.
Grace Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, M.D.
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, M.D.
Rex Huang, M.D.
Nina Kirz, M.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, M.D.
Adrienne Lona, M.D.
Ranvinder Rai, M.D.
Rebecca Rialon, Ph.D.
Beverly Rodriguez, M.D., Ph.D.
Debra Safer, M.D.
Mary Sanders, Ph.D.

Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, M.D.
Maria-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, M.D.
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Referring Clinicians

Robin Apple, Ph.D.
Victor Carrion, M.D.
Carl Feinstein, M.D.
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardan, M.D.
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, M.D.
Lauren Mikula, Psy.D.
Brandyn Street, Ph.D.
Violeta Tan, M.D.
Heather Taylor, Ph.D.
Jacob Towery, M.D.
Sharon Williams, Ph.D.

Research Coordinators

Kate Arnow, B.A., Lead Research
Coordinator
Nandini Datta, B.S.
Stephanie Manasse, B.A.

Volunteer Research Assistants/Interns

Arianna Martin, M.S.
Adriana Nevado, B.A.

Children's Hospital Colorado, Aurora, Colorado

Investigator

Marianne Wamboldt, M.D., Principal
Investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Galia Abadi, M.D.
Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.
Adam Burstein, M.D.

Debbie Carter, M.D.
Kelly Caywood, Ph.D.
Meredith Chapman, M.D.
Paulette Christian, A.P.P.M.H.N.
Mary Cook, M.D.
Anthony Cordaro, M.D.
Audrey Dumas, M.D.
Guido Frank, M.D.

Karen Frankel, Ph.D.
 Darryl Graham, Ph.D.
 Yael Granader, Ph.D.
 Isabelle Guillemet, M.D.
 Patrece Hairston, Ph.D.
 Charles Harrison, Ph.D.
 Tammy Herckner, L.C.S.W.
 Cassie Karlsson, M.D.
 Kimberly Kelsay, M.D.
 David Kieval, Ph.D.
 Megan Klabunde, Ph.D.
 Jaimelyn Kost, L.C.S.W.
 Harrison Levine, M.D.
 Raven Lipmanson, M.D.
 Susan Lurie, M.D.
 Asa Marokus, M.D.
 Idalia Massa, Ph.D.
 Christine McDunn, Ph.D.
 Scot McKay, M.D.
 Marissa Murgolo, L.C.S.W.
 Alyssa Oland, Ph.D.
 Lina Patel, Ph.D.
 Rheena Pineda, Ph.D.
 Gautam Rajendran, M.D.
 Diane Reichmuth, Ph.D.
 Michael Rollin, M.D.
 Marlena Romero, L.C.S.W.
 Michelle Roy, Ph.D.
 Celeste St. John-Larkin, M.D.
 Elise Sannar, Ph.D.
 Daniel Savin, M.D.
 Claire Dean Sinclair, Ph.D.
 Ashley Smith, L.C.S.W.
 Mindy Solomon, Ph.D.

Sally Tarbell, Ph.D.
 Helen Thilly, L.C.S.W.
 Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
 Holly Vause, A.P.P.M.H.N.
 Marianne Wamboldt, M.D.
 Angela Ward, L.C.S.W.
 Jason Williams, Ph.D.
 Jason Willoughby, Ph.D.
 Brennan Young, Ph.D.

Referring Clinicians

Kelly Bhatnagar, Ph.D.
 Jeffery Dolgan, Ph.D.
 Jennifer Eichberg, L.C.S.W.
 Jennifer Hagman, M.D.
 James Masterson, L.C.S.W.
 Hy Gia Park, M.D.
 Tami Roblek, Ph.D.
 Wendy Smith, Ph.D.
 David Williams, M.D.

Research Coordinators

Laurie Burnside, M.S.M., C.C.R.C., Lead
 Research Coordinator
 Darci Anderson, B.A., C.C.R.C.
 Heather Kennedy, M.P.H.
 Amanda Millar, B.A.
 Vanessa Waruinge, B.S.
 Elizabeth Wallace, B.A.

Volunteer Research Assistants/Interns

Wisdom Amouzou
 Ashley Anderson
 Michael Richards
 Mateya Whyte

Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Investigators

Bruce Waslick, M.D., Principal
 Investigator
 Cheryl Bonica, Ph.D., Co-investigator
 John Fanton, M.D., Co-investigator
 Barry Sarvet, M.D., Co-investigator

Referring and Interviewing Clinicians

Julie Bermant, R.N., M.S.N., N.P.
 Cheryl Bonica, Ph.D.
 Jodi Devine, L.I.C.S.W.
 William Fahey, Ph.D.

John Fanton, M.D.
 Stephane Jacobus, Ph.D.
 Barry Sarvet, M.D.
 Peter Thunfors, Ph.D.
 Bruce Waslick, M.D.
 Vicki Weld, L.I.C.S.W.
 Sara Wiener, L.I.C.S.W.
 Shadi Zaghloul, M.D.

Referring Clinicians

Sarah Detenber, L.I.C.S.W.
 Gordon Garrison, L.I.C.S.W.

Jacqueline Humpreys, L.I.C.S.W.
 Noreen McGirr, L.I.C.S.W.
 Sarah Marcotte, L.C.S.W.
 Patricia Rogowski, R.N., C.N.S.

Research Coordinators
 Julie Kingsbury, C.C.R.P., Lead Research
 Coordinator
 Brenda Martin, B.A.
Volunteer Research Assistant/Intern
 Liza Detenber

**New York State Psychiatric Institute,
 New York, N.Y., Weill Cornell Medical College,
 Payne Whitney and Westchester Divisions, New York
 and White Plains, N.Y., and North Shore Child and Family
 Guidance Center, Roslyn Heights, N.Y. (Joint Study Site)**

Investigator

Prudence W. Fisher, Ph.D., Principal
 Investigator

Research Coordinators

Julia K. Carmody, B.A., Lead Research
 Coordinator
 Zvi R. Shapiro, B.A., Lead Research
 Coordinator

Volunteers

Preeya Desai
 Samantha Keller
 Jeremy Litfin, M.A.
 Sarah L. Pearlstein, B.A.
 Cedilla Sacher

New York State Psychiatric Institute

Referring and Interviewing Clinicians

Michele Cohen, L.C.S.W.
 Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.
 Miriam Ehrensaft, Ph.D.
 Laurence Greenhill, M.D.
 Schuyler Henderson, M.D., M.P.H.
 Sharlene Jackson, Ph.D.
 Lindsay Moskowitz, M.D.
 Sweeney C. Oscar, Ph.D.
 Xenia Protopopescu, M.D.
 James Rodriguez, Ph.D.
 Gregory Tau, M.D.
 Melissa Tebbs, L.C.S.W.
 Carolina Velez-Grau, L.C.S.W.
 Khadijah Booth Watkins, M.D.

Referring Clinicians

George Alvarado, M.D.
 Alison Baker, M.D.
 Elena Baron, Psy.D.
 Lincoln Bickford, M.D., Ph.D.

Zachary Blumkin, Psy.D.
 Colleen Cullen, L.C.S.W.
 Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
 Matthew Ehrlich, M.D.
 Eve Friedl, M.D.
 Clare Gaskins, Ph.D.
 Alice Greenfield, L.C.S.W.
 Liora Hoffman, M.D.
 Kathleen Jung, M.D.
 Karimi Mailutha, M.D., M.P.H.
 Valentina Nikulina, Ph.D.
 Tal Reis, Ph.D.
 Moira Rynn, M.D.
 Jasmine Sawhney, M.D.
 Sarajbit Singh, M.D.
 Katherine Stratigos, M.D.
 Oliver Stroeh, M.D.
 Russell Tobe, M.D.
 Meghan Tomb, Ph.D.
 Michelle Tricamo, M.D.

Research Coordinators

Angel A. Caraballo, M.D.
 Erica M. Chin, Ph.D.
 Daniel T. Chrzanowski, M.D.

Tess Dougherty, B.A.
 Stephanie Hundt, M.A.
 Moira A. Rynn, M.D.
 Deborah Stedje, R.N.

Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions

Referring and Interviewing Clinicians

Archana Basu, Ph.D.
 Shannon M. Bennett, M.D.
 Maria De Pena-Nowak, M.D.
 Jill Feldman, L.M.S.W.
 Dennis Gee, M.D.
 Jo R. Hariton, Ph.D.
 Lakshmi P. Reddy, M.D.
 Margaret Yoon, M.D.

Referring Clinicians

Margo Benjamin, M.D.
 Vanessa Bobb, M.D.
 Elizabeth Bochtler, M.D.
 Katie Cave, L.C.S.W.
 Maalobeeka Gangopadhyay, M.D.
 Jodi Gold, M.D.

Tejal Kaur, M.D.
 Aaron Krasner, M.D.
 Amy Miranda, L.C.S.W.
 Cynthia Pfeffer, M.D.
 James Rebeta, Ph.D.
 Sharon Skariah, M.D.
 Jeremy Stone, Ph.D.
 Dirk Winter, M.D.

Research Coordinators

Alex Eve Keller, B.S., Lead Research
 Coordinator
 Nomi Bodner (volunteer)
 Barbara L. Flye, Ph.D.
 Jamie S. Neiman (volunteer)
 Rebecca L. Rendleman, M.D.

North Shore Child and Family Guidance Center

**Referring and Interviewing
Clinicians**

Casye Brachfeld-Launer, L.C.S.W.
 Susan Klein Cohen, Ph.D.
 Amy Gelb, L.C.S.W.-R.
 Jodi Glasser, L.C.S.W.
 Elizabeth Goulding-Tag, L.C.S.W.
 Deborah B. Kassimir, L.C.S.W.
 Margo Posillico Messina, L.C.S.W.
 Andréa Moullin-Heddle, L.M.S.W.
 Lisa Pineda, L.C.S.W.
 Elissa Smilowitz, L.C.S.W.

Referring Clinicians

Regina Barros-Rivera, L.C.S.W.-R.
 Assistant Executive Director
 Maria Christiansen, B.S.
 Amy Davies-Hollander, L.M.S.W.

Eartha Hackett, M.S.Ed., M.Sc., B.Sc.
 Bruce Kaufstein, L.C.S.W.-R, Director
 of Clinical Services
 Kathy Knaust, L.C.S.W.
 John Levinson, L.C.S.W.-R, B.C.D.
 Andrew Maleckoff, L.C.S.W.,
 Executive Director/CEO
 Sarah Rosen, L.C.S.W.-R, A.C.S.W.
 Abigail Rothenberg, L.M.S.W.
 Christine Scotten, A.C.S.W.
 Michelle Spatano, L.C.S.W.-R.
 Diane Straneri, M.S., R.N., C.S.
 Rosara Torrisi, L.M.S.W.
 Rob Vichnis, L.C.S.W.

Research Coordinators

Toni Kolb-Papetti, L.C.S.W.
 Sheena M. Dauro (volunteer)

DSM-5 Field Trials Pilot Study, Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore, Maryland

Adult Sample

Community Psychiatry Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Main Campus

Investigators

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O.,
Principal Investigator
Holly C. Wilcox, Ph.D., Principal
Investigator

Emily Lorensen, L.C.S.W.-C.
Kathleen Malloy, L.C.P.C.
Gary Pilarchik, L.C.S.W.-C.
Holly Slater, L.C.P.C.
Stanislav Spivak, M.D.
Tarcia Spencer Turner, L.C.P.C.
Nicholas Seldes Windt, L.C.S.W.-C.

Referring and Interviewing Clinicians

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O.
Shane Grant, L.C.S.W.-C.
Charee Green, L.C.P.C.

Research Coordinators
Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Pediatric Sample

Child and Adolescent Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Bayview Medical Center

Investigators

Joan P. Gerring, M.D., Principal
Investigator
Leslie Miller, M.D., Principal Investigator
Holly C. Wilcox, Ph.D., Co-investigator

Anna Gonzaga, M.D.
Debra Jenkins, L.C.S.W.-C.
Paige N. Johnston, L.C.P.C.
Brenda Memel, D.N.P., R.N.
Leslie Miller, M.D.
Ryan Moore, L.C.S.W.-C.
Shauna Reinblatt, M.D.
Monique Vardi, L.C.P.C.

Referring and Interviewing Clinicians

Shannon Barnett, M.D.
Gwen Condon, L.C.P.C.
Brijan Fellows, L.C.S.W.-C.
Heather Garner, L.C.S.W.-C.
Joan P. Gerring, M.D.

Research Coordinators
Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

DSM-5 Field Trials in Routine Clinical Practice Settings : Collaborating Investigators

Archil Abashidze, M.D.
Francis R. Abueg, Ph.D.

Jennifer Louise Accuardi, M.S.
Balkozar S. Adam, M.D.

- Miriam E. Adams, Sc.D., M.S.W.,
L.I.C.S.W.
- Suzanna C. Adams, M.A.
- Lawrence Adler, M.D.
- Rownak Afroz, M.D.
- Khalid I. Afzal, M.D.
- Joseph Alimasuya, M.D.
- Emily Allen, M.S.
- Katherine A. Allen, L.M.F.T., M.A.
- William D. Allen, M.S.
- Jafar AlMashat, M.D.
- Anthony T. Alonzo, D.M.F.T.
- Guillermo Alvarez, B.A., M.A.
- Angela Amoia-Lutz, L.M.F.T.
- Krista A. Anderson, M.A., L.M.F.T.
- Lisa R. Anderson, M.Ed., L.C.P.C.
- Pamela M. Anderson, L.M.F.T.
- Shannon N. Anderson, M.A., L.P.C.,
N.C.C.
- Eric S. Andrews, M.A.
- Vicki Arbuckle, M.S., Nursing (N.P.)
- Namita K. Arora, M.D.
- Darryl Arrington, M.A.
- Bearlyn Y. Ash, M.S.
- Wylie J. Bagley, Ph.D.
- Kumar D. Bahl, M.D.
- Deborah C. Bailey, M.A., M.S., Ph.D.
- Carolyn Baird, D.N.P., M.B.A., R.N.-B.C.,
C.A.R.N.-A.P., I.C.C.D.P.D.
- Joelle Bangsund M.S.W.
- Maria Baratta, M.S.W., Ph.D.
- Stan Barnard, M.S.W.
- Deborah Barnes, M.S.
- Margaret L. Barnes, Ph.D.
- David Barnum, Ph.D.
- Raymond M. Baum, M.D.
- Edward Wescott Beal, M.D.
- Michelle Beaudoin, M.A.
- Ernest E. Beckham, Ph.D.
- Lori L. Beckwith, M.Ed
- Emmet Bellville, M.A.
- Randall E. Bennett, M.A.
- Lynn Benson, Ph.D.
- Robert Scott Benson, M.D.
- Linda Benton, M.S.W.
- Ditza D. Berger, Ph.D.
- Louise I. Bertman, Ph.D.
- Robin Bieber, M.S., L.M.F.T.
- Diana M. Bigham, M.A.
- David R. Blackburn, Ph.D.
- Kelley Blackwell, L.M.F.T.
- Lancia Blatchley, B.A., L.M.F.T.
- Stacey L. Block, L.M.S.W., A.C.S.W.
- Karen J. Bloodworth, M.S., N.C.C., L.P.C.
- Lester Bloomenstiel, M.S.
- Christine M. Blue, D.O.
- Marina Bluvshstein, Ph.D.
- Callie Gray Bobbitt, M.S.W., L.C.S.W.
- Moses L. Boone, Jr., L.M.S.W., B.C.D.
- Steffanie Boudreau-Thomas, M.A.-L.P.C.
- Jay L. Boulter, M.A.
- Aaron Daniel Bourne, M.A.
- Helen F. Bowden, Ph.D.
- Aryn Bowley-Safranek, B.S., M.S.
- Elizabeth Boyajian, Ph.D.
- Beth K. Boyarsky, M.D.
- Gail M. Boyd, Ph.D.
- Jeffrey M. Brandler, Ed.S., C.A.S., S.A.P.
- Sandra L. Branton, Ed.D.
- Karen J. Brocco-Kish, M.D.
- Kristin Brooks, P.M.H.N.P.
- Ann Marie Brown, M.S.W.
- Philip Brown, M.S.W.
- Kellie Buckner, Ed.S.
- Richard Bunt, M.D.
- Neil F. Buono, D.Min.
- Janice Bureau, M.S.W., L.C.S.W.
- Kimlee Butterfield, M.S.W.
- Claudia Byrne, Ph.D.
- Quinn Callicott, M.S.W., L.C.S.W.
- Alvaro Camacho, M.D., M.P.H.
- Sandra Cambra, Ph.D.
- Heather Campbell, M.A.
- Nancy Campbell, Ph.D., M.S.W.
- Karen Ranee Canada, L.M.F.T.
- Joseph P. Cannavo, M.D.
- Catherine F. Caporale, Ph.D.
- Frederick Capps, Ph.D., M.S.
- Rebecca J. Carney, M.B.A., M.A., L.M.H.C.
- Kelly J. Carroll, M.S.W.
- Richard W. Carroll, Ph.D., L.P.C., A.C.S.
- Sherry Casper, Ph.D.
- Joseph A. Catania, L.I.S.W.S., L.C.D.C. III
- Manisha P. Cavendish, Ph.D.
- Kenneth M. Certa, M.D.
- Shambhavi Chandraiah, M.D.
- Calvin Chatlos, M.D.
- Daniel C. Chen, M.D.
- Darlene Cheryl, M.S.W.
- Matthew R. Chirman, M.S.
- Carole A. Chisholm, M.S.W.
- Shobha A. Chottera, M.D.

Joseph Logue Christenson, M.D.
 Pamela Christy, Psy.D.
 Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D.,
 P.M.H.C.N.S.-B.C.
 Mary Ann Cohen, M.D.
 Mitchell J. Cohen, M.D.
 Diego L. Coira, M.D.
 Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
 Carol Cole, M.S.W., L.C.S.W.
 Caron Collins, M.A., L.M.F.T.
 Wanda Collins, M.S.N.
 Linda Cook Cason, M.A.
 Ayanna Cooke-Chen, M.D., Ph.D.
 Heidi B. Cooperstein, D.O.
 Ileana Corbelle, M.S.W.
 Kimberly Corbett, Psy.D.
 Angelina Cordova, M.A.Ed.
 Jennifer Carol Cox, L.P.C.
 Sheree Cox, M.A., R.N., N.C.C., D.C.C.,
 L.M.H.C.
 William Frederick Cox, M.D.
 Sally M. Cox, M.S.Ed.
 Debbie Herman Crane, M.S.W.
 Arthur Ray Crawford, III, Ph.D.
 Roula Creighton, M.D.
 John R. Crossfield, L.M.H.C.
 Sue Cutbirth, R.N., M.S.N, C.S., P.M.H.N.P.
 Marco Antonio Cuyar, M.S.
 Rebecca Susan Daily, M.D.
 Lori S. Danenberg, Ph.D.
 Chan Dang-Vu, M.D.
 Mary Hynes Danielak, Psy.D.
 Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
 Douglas Darnall, Ph.D.
 Christopher Davidson, M.D.
 Doreen Davis, Ph.D., L.C.S.W.
 Sandra Davis, Ph.D., L.M.H.C., N.C.C.
 Walter Pitts Davis, M.Th.
 Christian J. Dean, Ph.D.
 Kent Dean, Ph.D.
 Elizabeth Dear, M.A.
 Shelby DeBause, M.A.
 Rebecca B. DeLaney, M.S.S.W., L.C.S.W.,
 B.C.D.
 John R. Delatorre, M.A.
 Frank DeLaurentis, M.D.
 Eric Denner, M.A., M.B.A.
 Mary Dennihan, L.M.F.T.
 Kenny Dennis, M.A.
 Pamela L. Detrick, Ph.D., M.S., F.N.P.-B.C.,
 P.M.H.N.P.-B.C., R.N.-B.C., C.A.P., G.C.A.C.
 Robert Detrinis, M.D.
 Daniel A. Deutschman, M.D.
 Tania Diaz, Psy.D.
 Sharon Dobbs, M.S.W., L.C.S.W.
 David Doreau, M.Ed.
 Gayle L. Doshier, M.A.
 D'Ann Downey, Ph.D., M.S.W.
 Beth Doyle, M.A.
 Amy J. Driskill, M.S., L.C.M.F.T.
 James Drury, M.D.
 Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
 Shane E. Dulemba, M.S.N.
 Nancy R. G. Dunbar, M.D.
 Cathy Duncan, M.A.
 Rebecca S. Dunn, M.S.N., A.R.N.P.
 Debbie Earnshaw, M.A.
 Shawna Eddy-Kissell, M.A.
 Momen El Nesr, M.D.
 Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
 Leslie Ellis, Ph.D.
 Donna M. Emfield, L.C.P.C.
 Gretchen S. Enright, M.D.
 John C. Espy, Ph.D.
 Renuka Evani, M.B.B.S., M.D.
 Heather Evans, M.S.Ed, L.P.C.N.C.C.
 Cesar A. Fabiani, M.D.
 Fahim Fahim, M.D.
 Samuel Fam, M.D.
 Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
 Tamara Farmer, M.S.N, A.R.N.P.
 Farida Farzana, M.D.
 Philip Fast, M.S.
 Patricia Feltrup-Exum, M.A.M.F.T.
 Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.
 Julie Ferry, M.S.W., L.I.C.S.W.
 Jane Fink, Ph.D., M.S.S.A.
 Kathy Finkle, L.P.C.M.H.
 Steven Finlay, Ph.D.
 Rik Fire, M.S.W., L.C.S.W.
 Ann Flood, Ph.D.
 Jeanine Lee Foreman, M.S.
 Thyra Fossum, Ph.D.
 Karen S. Franklin, L.I.C.S.W.
 Sherre K. Franklin, M.A.
 Helen R. Frey, M.A., E.D.
 Michael L. Freytag, B.S., M.A.
 Beth Gagnon, M.S.W.
 Patrice L.R. Gallagher, Ph.D.
 Angela J. Gallien, M.A.
 Robert Gallo, M.S.W.
 Mario Galvarino, M.D.

- Vladimir I. Gasca, M.D.
 Joshua Gates, Ph.D.
 Anthony Gaudio, Ph.D.
 Michelle S. Gauthier, A.P.R.N., M.S.N.,
 P.M.H.N.P.-B.C.
 Rachel E. Gearhart, L.C.S.W.
 Stephen D. Gelfond, M.D.
 Nancy S. Gerow, M.S.
 Michael J. Gerson, Ph.D.
 Susan M. A. Geyer, L.M.S.W.
 Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
 Shubu Ghosh, M.D.
 Richard Dorsey Gillespie, M.Div.
 Stuart A. Gitlin, M.S.S.A.
 Jeannette E. Given, Ph.D.
 Frances Gizzi, L.C.S.W.
 Stephen I. Glicksman, Ph.D.
 Martha Glisky, Ph.D.
 Sonia Godbole, M.D.
 Howard M. Goldfischer, Psy.D.
 Mary Jane Gonzalez-Huss, Ph.D.
 Michael I. Good, M.D.
 Dawn Goodman-Martin, M.A.-L.M.H.C.
 Robert Gorkin, Ph.D., M.D.
 Jeff Gorski, M.S.W.
 Linda O. Graf, M.Ed., L.C.P.C.
 Ona Graham, Psy.D.
 Aubrie M. Graves, L.M.S.W., C.A.S.A.C.
 Howard S. Green, M.D.
 Karen Torry Green, M.S.W.
 Gary Greenberg, Ph.D.
 Marjorie Greenhut, M.A.
 James L. Greenstone, Ed.D., J.D.
 Raymond A. Griffin, Ph.D.
 Joseph Grillo, Ph.D.
 Janeane M. Grisez, A.A., B.A.
 Lawrence S. Gross, M.D.
 Robert J. Gross, M.D.
 Sally J. Grosscup, Ph.D.
 Philip A. Grossi, M.D.
 Gabrielle Guedet, Ph.D.
 Nicholas Guenzel, B.A., B.S., M.S.N.
 Mary G. Hales, M.A.
 Tara C. Haley, M.S., L.M.F.T.
 John D. Hall, M.D.
 Amy Hammer, M.S.W.
 Michael S. Hanau, M.D.
 Linda K.W. Hansen, M.A., L.P.
 Genevieve R. Hansler, M.S.W.
 Mary T. Harrington, L.C.S.W.
 Lois Hartman, Ph.D.
 Steven Lee Hartsock, Ph.D., M.S.W.
 Victoria Ann Harwood, M.S.W., L.C.S.W.
 Rossi A. Hassad, Ph.D., M.P.H.
 Erin V. Hatcher, M.S.N.
 Richard L. Hauger, M.D.
 Kimberly M. Haverly, M.A.
 Gale Eisner Heater, M.S., M.F.T.
 Katlin Hecox, M.A.
 Brenda Heideman, M.S.W.
 Melinda Heinen, M.Sc.
 Marie-Therese Heitkamp, M.S.
 Melissa B. Held, M.A.
 Jessica Hellings, M.D.
 Bonnie Helmick-O'Brien, M.A., L.M.F.T.
 MaLinda T. Henderson, M.S.N.,
 F.P.M.H.N.P.
 Gwenn Herman, M.S.W.
 Martha W. Hernandez, M.S.N., A.P.R.N.,
 P.M.H.C.N.S.
 Robin L. Hewitt, M.S.
 Kenneth Hoffman, Ph.D.
 Patricia E. Hogan, D.O.
 Peggy Holcomb, Ph.D.
 Garland H. Holloman, Jr., M.D.
 Kimberly Huegel, M.S.W., L.C.S.W.
 Jason Hughes, L.P.C.-S., N.C.C.
 Jennifer C. Hughes, Ph.D., M.S.W.,
 L.I.S.W.-S.
 Michelle K. Humke, M.A.
 Judith G. Hunt, L.M.F.T.
 Tasneem Hussainee, M.D.
 Sharlene J. Hutchinson, M.S.N.
 Muhammad Ikram, M.D.
 Sunday Ilechukwu, M.D., D.Psy. Cli.
 Douglas H. Ingram, M.D.
 Marilyn Irvine, Ph.D.
 Marjorie Isaacs, Psy.D.
 Raymond Isackila, Ed.S., P.C.C.-S.,
 L.I.C.D.C.
 Mohammed A. Issa, M.D.
 John L. Jankord, M.A.
 Barbara P. Jannah, L.C.S.W.
 C. Stuart Johnson, M.S.
 Dawn M. Johnson, M.A.
 Deanna V. Johnson, M.S., A.P.R.N., B.C.
 Eric C. Johnson, M.F.T.
 Joy Johnson, Ph.D., L.C.S.W.
 Willard Johnson, Ph.D.
 Xenia Johnson-Bhembe, M.D.
 Vann S. Joines, Ph.D.
 Margaret Jones, Psy.D.

- Patricia Jorgenson, M.S.W.
 Steven M. Joseph, M.D.
 Taylere Joseph, M.A.
 Jeanette M. Joyner-Craddock, M.S.S.W.
 Melissa Kachapis, M.A.
 Charles T. Kaelber, M.D.
 Aimee C. Kaempf, M.D.
 Peter Andrew Kahn, M.D.
 Robert P. Kahn-Rose, M.D.
 Maher Karam-Hage, M.D.
 Todd H. Kasdan, Ph.D.
 Karen Kaufman, M.S., L.M.F.T.
 Rhesa Kaulia, M.A., M.F.T.
 Debbie Lynn Kelly, M.S.N, P.M.H.N.P.-B.C.
 W. Stephen Kelly, Ph.D.
 Selena Kennedy, M.A.
 Judith A. Kenney, M.S., L.P.C.
 Mark Patrick Kerekes, M.D.
 Alyse Kerr, M.S., N.C.C., N.A.D.D.-C.C., L.P.C.
 Karen L. Kerschmann, L.C.S.W.
 Marcia Kesner, M.S.
 Ashan Khan, Ph.D.
 Shaukat Khan, M.D.
 Audrey Khatchikian, Ph.D.
 Laurie B. Kimmel, M.S.W.
 Jason H. King, Ph.D.
 Nancy Leigh King, M.S.W., L.C.S.W., L.C.A.S.
 Kyle Kinne, M.S.C
 Cassandra M. Klyman, M.D.
 David R. Knapp, L.C.S.W.
 Margaret Knerr, M.S.
 Michael R. Knox, Ph.D.
 Carolyn Koblin, M.S.
 Valerie Kolbert, M.S., A.R.N.P.-B.C.
 Heather Koontz, M.S.W.
 Faye Koop, Ph.D., L.C.M.F.T.
 Fern M. Kopakin, M.S.W., L.C.S.W.
 Joel Kotin, M.D.
 Sharlene K. Kraemer, M.S.E.
 Marjorie Vego Krausz, M.A., Ed.D.
 Nancy J. Krell, M.S.W.
 Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
 Dwayne Kruse, M.S., M.F.T.
 Ajay S. Kuchibhatla, M.D.
 Shubha N. Kumar, M.D.
 Helen H. Kyomen, M.D., M.S.
 Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.
 Alexis Lake, M.S.S.
 Ramaswamy Lakshmanan, M.D.
 Brigitta Lalone, L.C.S.W.-R
 John W. Lancaster, Ph.D.
 Patience R. Land, L.I.C.S.W., M.S.W., M.P.A.
 Amber Lange, M.A., Ph.D.
 Jeff K. Larsen, M.A.
 Nathan E. Lavid, M.D.
 Michelle Leader, Ph.D.
 Stephen E. Lee, M.D.
 Cathryn L. Leff, Ph.D., L.M.F.T.
 Rachael Kollar Leombruno, L.M.F.T.
 Arlene I. Lev, M.S.W., L.C.S.W.-R
 Gregory K. Lewis, M.A.-L.M.F.T.
 Jane Hart Lewis, M.S.
 Melissa S. Lewis, M.S.W., L.I.C.S.W.
 Norman Gerald Lewis, F.R.A.N.Z.C.P.
 Robin Joy Lewis, Ph.D.
 Ryan Michael Ley, M.D.
 Tammy R. Lias, M.A.
 Russell F. Lim, M.D.
 Jana Lincoln, M.D.
 Ted Lindberg, L.M.S.W., L.M.F.T., M.S.W.
 Peggy Solow Liss, M.S.W.
 Andrea Loeb, Psy.D.
 William David Lohr, M.D.
 Mary L. Ludy, M.A., L.M.H.C., L.M.F.T.
 Nathan Lundin, M.A., L.P.C.
 Veena Luthra, M.D.
 Patti Lyerly, L.C.S.W.
 Denise E. Maas, M.A.
 Silvia MacAllister, L.M.F.T.
 Nicola MacCallum, M.S., M.F.C. Therapy
 Colin N. MacKenzie, M.D.
 Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
 John R. Madsen-Bibeau, M.S., M.Div
 Christopher J. Maglio, Ph.D.
 Deepak Mahajan, M.D.
 Debra Majewski, M.A.
 Harish Kumar Malhotra, M.D.
 Pamela Marcus, R.N., M.S.
 Mary P. Marshall, Ph.D.
 Flora Lynne Martin, M.A., L.P.C., A.D.C.
 Robert S. Martin, M.D.
 Jennifer L. Martinez, M.S.
 Ninfa Martinez-Aguilar, M.A., M.F.T.
 Emily Martinsen, M.S.W.
 Farhan A. Matin, M.D.
 Janus Maybee, P.M.H.N.P.
 Karen Mazarin-Stanek, M.A.
 Eben L. McClenahan, M.D., M.S.

- Jerlyn C. McCleod, M.D.
 Susan E. McCue, M.S.W., L.C.S.W.
 Kent D. McDonald, M.S.
 Daniel McDonnell, M.S.N., P.M.H.-N.P.
 Robert McElhose, Ph.D.
 Lisa D. McGrath, Ph.D.
 Mark McGrosky, M.S.W.
 Katherine M. McKay, Ph.D.
 Darren D. McKinnis, M.S.W.
 Mona McNelis-Broadley, M.S.W., L.C.S.W.
 Rick McQuiston, Ph.D.
 Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
 Barbara S. Menninga, M.Ed.
 Hindi Mermelstein, M.D., F.A.P.M.
 Rachel B. Michaelsen, M.S.W.
 Thomas F. Micka, M.D.
 Tonya Miles, Psy.D.
 Matthew Miller, M.S.
 Michael E. Miller, M.D.
 Noel Miller, L.M.S.W., M.B.A., M.P.S.
 Kalpana Miriyala, M.D.
 Sandra Moenssens, M.S.
 Erin Mokhtar, M.A.
 Robert E. Montgomery, M.Ed.
 Susan Moon, M.A.
 Theresa K. Moon, M.D.
 David B. Moore, B.A., M.Div., M.S.S.W.,
 Ph.D.
 Joanne M. Moore, M.S.
 Peter I. M. Moran, M.B.B.Ch.
 Anna Moriarty, M.P.S., L.P.C., L.M.H.C.
 Richard Dean Morris, M.A.
 Michael M. Morrison, M.A.
 Carlton E. Munson, Ph.D.
 Timothy A. Murphy, M.D.
 Beth L. Murphy, Psy.D.
 Melissa A. Myers, M.D.
 Stefan Nawab, M.D.
 Allyson Matney Neal, D.N.P.
 Steven Nicholas, M.A.
 Aurelian N. Niculescu, M.D.
 Earl S. Nielsen, Ph.D.
 Terry Oleson, Ph.D.
 Julianne R. Oliver, B.S., M.S., Ph.D.
 Robert O. Olsen, M.D.
 Amy O'Neill, M.D.
 Oscar H. Oo, Psy.D., A.B.P.P.
 Laurie Orlando, J.D., M.A.
 Jill Osborne, M.S., Ed.S.
 Kimberly Overlie, M.S.
 L. Kola Oyewumi, Ph.D.
 Zachary J. Pacha, M.S.W.
 Suzette R. Papadakis, M.S.
 Amanda C. Parsons, M.A., L.P.C.C.
 Lee R. Pate, B.A., M.A.
 Eric L. Patterson, L.P.C.
 Sherri Paulson, M.Ed., L.S.C.W.
 Peter Dennis Pautz, B.A., M.S.W.
 Malinda J. Perkins, M.S.W., L.C.S.W.
 Eleanor F. Perlman, M.S.W.
 Deborah K. Perry, M.S.W.
 Amanda Peterman, L.M.F.T.
 Shawn Pflugardt, Psy.D.
 Robert J. Dean Phillips, M.S.
 Laura Pieper, M.S.W., L.C.S.W.
 Lori D. Pink, M.S.W., B.C.D
 Michael G. Pipich, M.S., L.M.F.T.
 Cynthia G. Pizzulli, M.S.W., Ph.D.
 Kathy C. Points, M.A.
 Marya E. Pollack, M.D., M.P.H.
 Sanford E. Pomerantz, M.D.
 Eva Ponder, M.S.W., Psy.D.
 Ernest Poortinga, M.D.
 David Post, M.D.
 Laura L. Post, M.D., Ph.D., J.D.
 Patrick W. Powell, Ed.D.
 Beth M. Prewett, Psy.D.
 Robert Price, D.C.C., M.Ed.
 John Pruett, M.D.
 Aneita S. Radov, M.A.
 Dawn M. Raffa, Ph.D.
 Kavitha Raja, M.D.
 Ranjit Ram, M.D.
 Mohamed Ibrahim Ramadan, M.D., M.S.
 Christopher S. Randolph, M.D.
 Nancy Rappaport, M.Ed.
 John Moir Rauenhorst, M.D.
 Laurel Jean Rebenstock, L.M.S.W.
 Edwin Renaud, Ph.D.
 Heather J. Rhodes, M.A.
 Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
 Daniel G. Roberts, M.A.
 Brenda Rohren, M.A., M.F.S., L.I.M.H.P.,
 L.A.D.C., M.A.C.
 Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., A.P.R.N.,
 P.M.H.C.N.S.-B.C.
 Sylvia E. Rosario, M.Ed.
 Mindy S. Rosenbloom, M.D.
 Harvey A. Rosenstock, M.D.
 Thalia Ross, M.S.S.W.
 Fernando Rosso, M.D.
 Barry H. Roth, M.D.

Thomas S. Rue, M.A., L.M.H.C.
 Elizabeth Ruegg, L.C.S.W.
 Diane Rullo, Ph.D.
 Angie Rumaldo, Ph.D.
 Eric Rutberg, M.A., D.H.Ed.
 Joseph A. Sabella, L.M.H.C.
 Kemal Sagduyu, M.D.
 Adam H. Saltz, M.S.W.
 Jennifer A. Samardak, L.I.S.W.-S.
 George R. Samuels, M.A., M.S.W.
 Carmen Sanjurjo, M.A.
 John S. Saroyan, Ed.D.
 Brigid Kathleen Sboto, M.A., M.F.T.
 Lori Cluff Schade, M.S.
 Joan E. Schaper, M.S.N.
 Rae J. Schilling, Ph.D.
 Larry Schor, Ph.D.
 Donna J. Schwartz, M.S.W., L.I.C.S.W.
 Amy J. Schwarzenbart, P.M.H.-C.N.S.,
 B.C., A.P.N.P.
 John V. Scialli, M.D.
 Chad Scott, Ph.D., L.P.C.C.
 Sabine Sell, M.F.T.
 Minal Shah, N.S., N.C.C., L.P.C.
 Lynn Shell, M.S.N.
 Dharmesh Navin Sheth, M.D.
 S. Christopher Shim, M.D.
 Marta M. Shinn, Ph.D.
 Andreas Sidiropoulos, M.D., Ph.D.
 Michael Siegell, M.D.
 Michael G. Simonds, Psy.D.
 Gagandeep Singh, M.D.
 Melissa Rae Skrzypchak, M.S.S.W.,
 L.C.S.W.
 Paula Slater, M.D.
 William Bill Slaughter, M.D., M.A.
 Aki Smith, Ph.D.
 Deborah L. Smith, Ed.M.
 Diane E. Smith, M.A., L.M.F.T.
 James S. Sommer, M.S.
 J. Richard Spatafora, M.D.
 Judy Splittgerber, M.S.N., C.S., N.P.
 Thiruneermalai T.G. Sriram, M.D.
 Martha W. St. John, M.D.
 Sybil Stafford, Ph.D.
 Timothy Stambaugh, M.A.
 Laura A. Stamboni, M.S.W.
 Carol L. R. Stark, M.D.
 Stephanie Steinman, M.S.
 Claudia M. Stevens, M.S.W.
 Jennifer Boyer Stevens, Psy.D.

Dominique Stevens-Young, M.S.W.,
 L.C.S.W.
 Kenneth Stewart, Ph.D.
 Daniel Storch, M.D.
 Suzanne Straebler, A.P.R.N.
 Dawn Stremel, M.A., L.M.F.T.
 Emel Stroup, Psy.D.
 John W. Stump, M.S., L.M.F.T.
 Thomas G. Suk, M.A.
 Elizabeth Sunzeri, M.S.
 Linnea Swanson, M.A., Psy.D.
 Patricia Swanson, M.A.
 Fereidoon Taghizadeh, M.D.
 Bonnie L. Tardif, L.M.H.C., N.C.C.,
 B.C.P.C.C.
 Joan Tavares, M.S.W.
 Ann Taylor, M.S.W.
 Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
 Chanel V. Tazza, L.M.H.C.
 Martha H. Teater, M.A.
 Clark D. Terrell, M.D.
 Mark R. Thelen, Psy.D.
 Norman E. Thibault, M.S., Ph.D.
 Tojuana L. Thomason, Ph.D.
 Paula Thomson, Psy.D.
 D. Chadwick Thompson, M.A.
 Susan Thorne-Devin, A.M.
 Jean Eva Thumm, M.A.P.C., M.A.T.,
 L.M.F.T., B.C.C.
 James E. Tille, Ph.D., D.Min.
 Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
 Saraswathi Tirumalasetty, M.D.
 Jacqueline A. Torrance, M.S.
 Terrence Trobaugh, M.S.
 Louisa V. Troemel, Psy.D., L.M.F.T.
 Susan Ullman, M.S.W.
 Jennifer M. Underwood, M.S.W., L.C.S.W.
 Rodney Dale Veldhuizen, M.A.
 Michelle Voegels, B.S.N., M.S.N., B.C.
 Wess Vogt, M.D.
 R. Christopher Votolato, Psy.D.
 John W. Waid, Ph.D.
 Christa A. Wallis, M.A.
 Dominique Walmsley, M.A.
 Bhupinder Singh Waraich, M.D.
 Joseph Ward, N.C.C., L.P.C. M.Ed.
 Robert Ward, M.S.W.
 Marilee L. M. Wasell, Ph.D.
 Gannon J. Watts, L.P.C.-S., L.A.C., N.C.C.,
 N.C.S.C., A.A.D.C., I.C.A.A.D.C.
 Sheila R. Webster, M.A., M.S.S.A.

Burton Weiss, M.D.
 Dennis V. Weiss, M.D.
 Jonathan S. Weiss, M.D.
 Richard Wendel, Ph.D.
 Paul L. West, Ed.D.
 Kris Sandra Wheatley, M.A., L.P.C.,
 N.C.C.
 Leneigh White, M.A.
 Danny R. Whitehead, L.I.C.S.W.
 Jean Whiting, M.A.
 Peter D. Wilk, M.D.
 Vanessa Wilkinson, L.P.C.
 Tim F. Willia, M.S., M.A.Ed., L.P.C.
 Cathy E. Willis, M.A., L.M.F.T., C.A.D.C.
 Jeffery John Wilson, M.D.
 Jacquie Wilson, M.Ed.
 David D. Wines, M.S.W.
 Barbara A. Wirebaugh, M.S.W.
 Daniel L. Wise, Ph.D.

Christina Wong, M.S.W., L.C.S.W.
 Susanna Wood, M.S.W., L.C.S.W.
 Linda L. Woodall, M.D.
 Leoneen Woodard-Faust, M.D.
 Sheryl E. Woodhouse, L.M.F.T.
 Gregory J. Worthington, Psy.D.
 Tanya Wozniak, M.D.
 Kimberly Isaac Wright, M.A.
 Peter Yamamoto, M.D.
 Maria Ruiza Ang Yee, M.D.
 Michael B. Zafrani, M.D.
 Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, M.D.
 John Zibert, Ph.D.
 Karen Zilberstein, M.S.W.
 Cathi Zillmann, C.P.N.P., N.P.P.
 Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
 Michele Zimmerman, M.A., P.M.H.C.N.S.-
 B.C.
 Judith A. Zink, M.A.

Vanderbilt University REDCap Team

Paul Harris, Ph.D.
 Sudah Kashyap, B.E.
 Brenda Minor

Jon Scherdin, M.A.
 Rob Taylor, M.A.
 Janey Wang, M.S.

Les numéros de pages **en gras** se réfèrent aux tableaux.

- Accès aux soins médicaux et aux autres types de soins (problèmes liés à l'), 946
- Accès hyperphagiques (*binge-eating disorder*), 429, 454
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 455
 - caractéristiques diagnostiques, 454
 - comorbidité, 457
 - critères diagnostiques, 454
 - de faible fréquence et/ou de durée limitée, 458
 - développement et évolution, 456
 - diagnostic différentiel, 457
 - facteurs de risque et pronostiques, 456
 - prévalence, 456
 - questions diagnostiques liées à la culture, 456
 - retentissement fonctionnel, 456
- Accident vasculaire cérébral, 51, 85
 - trouble bipolaire, 183, 184
 - trouble dépressif, 224
 - trouble dépressif caractérisé, 204, 208
- Activité sexuelle (trouble de l'intérêt pour) ou de l'excitation sexuelle chez la femme, 553
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 567
 - caractéristiques diagnostiques, 566
 - comorbidité, 570
 - critères diagnostiques, 565
 - développement et évolution, 568
 - diagnostic différentiel, 569
 - facteurs de risque et pronostiques, 568
 - prévalence, 568
 - questions diagnostiques liées au genre, 569
 - retentissement fonctionnel, 569
- Adaptation (troubles de l'), 343, 369
 - caractéristiques diagnostiques, 370
 - comorbidité, 372
 - critères diagnostiques, 369
 - développement et évolution, 370
 - diagnostic différentiel, 371
 - facteurs de risque et pronostiques, 371
 - prévalence, 370
 - questions diagnostiques liées à la culture, 371
 - retentissement fonctionnel, 371
- Adaptation (troubles ressemblant à un trouble de l'), 373
- Addiction. *Voir* Substance (troubles liés à une) et troubles addictifs
- Affections proposées pour des études supplémentaires, 949, 1011
 - deuil complexe persistant, 1018
 - épisodes dépressifs avec hypomanie brève, 1015
 - lésions auto-infligées non suicidaires, 1034
 - syndrome psychotique atténué, 1011
 - trouble conduite suicidaire, 1032
 - trouble de l'usage de la caféine, 1022
 - trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool, 1028
 - usage pathologique des jeux sur internet, 1025
- Agoraphobie, 238, 292
 - caractéristiques associées au diagnostic, 274
 - caractéristiques diagnostiques, 272
 - comorbidité, 277
 - critères diagnostiques, 272
 - développement et évolution, 274
 - diagnostic différentiel, 275
 - facteurs de risque et pronostiques, 275
 - prévalence, 274
 - questions diagnostiques liées au genre, 275
 - retentissement fonctionnel, 275
- Akathisie induite par les médicaments, 25
 - aiguë, 926
 - tardive, 927
- Alcool (intoxication par l'), 650
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 651
 - caractéristiques diagnostiques, 651
 - comorbidité, 653
 - critères diagnostiques, 650
 - développement et évolution, 652
 - diagnostic différentiel, 653
 - facteurs de risque et pronostiques, 652
 - marqueurs diagnostiques, 652
 - prévalence, 652
 - questions diagnostiques liées à la culture, 652
 - questions diagnostiques liées au genre, 652
 - retentissement fonctionnel, 652
- Alcool (sevrage de l'), 634, 653
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 654
 - caractéristiques diagnostiques, 654
 - comorbidité, 656
 - critères diagnostiques, 653
 - développement et évolution, 655
 - diagnostic différentiel, 655
 - facteurs de risque et pronostiques, 655
 - marqueurs diagnostiques, 655

- prévalence, 655
- retentissement fonctionnel, 655
- spécifications, 654
- Alcool (trouble de l'usage de l'), 643
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 645
 - caractéristiques diagnostiques, 644
 - comorbidité, 650
 - critères diagnostiques, 643
 - développement et évolution, 646
 - diagnostic différentiel, 650
 - facteurs de risque et pronostiques, 646
 - marqueurs diagnostiques, 648
 - prévalence, 645
 - questions diagnostiques liées à la culture, 647
 - questions diagnostiques liées au genre, 648
 - retentissement fonctionnel, 649
 - spécifications, 644
- Alcool (troubles liés à l'), 631, 642, 656, 657
 - autres troubles induits par l'alcool
 - caractéristiques, 656
 - développement et évolution, 657
 - diagnostics associés aux, **633**
 - intoxication par l'alcool, 650
 - sevrage de l'alcool, 634, 653
 - trouble de l'usage de l'alcool, 643
 - trouble non spécifié, 658
- Alimentation. *Voir* Conduites alimentaires (troubles des) et de l'ingestion d'aliments
- Alimentation nocturne (syndrome d'), 458
- Alzheimer (maladie d') (trouble neurocognitif dû à la), majeur ou léger, 775, **788**, 797
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 799
 - caractéristiques diagnostiques, 798
 - comorbidité, 801
 - critères diagnostiques, 797
 - développement et évolution, 799
 - diagnostic différentiel, 801
 - facteurs de risque et pronostiques, 800
 - marqueurs diagnostiques, 800
 - prévalence, 799
 - questions diagnostiques liées à la culture, 800
 - retentissement fonctionnel, 801
- Amnésie dissociative, 379, 387
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 389
 - caractéristiques diagnostiques, 388
 - comorbidité, 392
 - critères diagnostiques, 387
 - développement et évolution, 389
 - diagnostic différentiel, 390
 - facteurs de risque et pronostiques, 389
 - prévalence, 389
 - questions diagnostiques liées à la culture, 390
 - retentissement fonctionnel, 390
 - risque suicidaire, 390
- Anorexie mentale, 429, 440
 - atypique, 458
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 443
 - caractéristiques diagnostiques, 442
 - comorbidité, 448
 - critères diagnostiques, 440
 - développement et évolution, 444
 - diagnostic différentiel, 447
 - facteurs de risque et pronostiques, 445
 - marqueurs diagnostiques, 445
 - prévalence, 444
 - questions diagnostiques liées à la culture, 445
 - retentissement fonctionnel, 446
 - risque suicidaire, 446
 - sous-types, 441
- Antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), 927
 - caractéristiques diagnostiques, 928
 - comorbidité, 929
 - diagnostic différentiel, 929
 - évolution et développement, 929
 - prévalence, 929
- Antisociale (personnalité), 605, 622, 841, 842, 857, 858
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 859
 - caractéristiques diagnostiques, 858
 - caractéristiques et critères dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, 988
 - critères diagnostiques, 857
 - développement et évolution, 860
 - diagnostic différentiel, 861
 - facteurs de risque et pronostiques, 860
 - prévalence, 859
 - questions diagnostiques liées à la culture, 860
 - questions diagnostiques liées au genre, 860
- Anxiété de séparation, 237, 239
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 240
 - caractéristiques diagnostiques, 240
 - comorbidité, 244
 - critères diagnostiques, 239
 - développement et évolution, 241
 - diagnostic différentiel, 243
 - facteurs de risque et pronostiques, 242
 - prévalence, 241
 - questions diagnostiques liées à la culture, 242
 - questions diagnostiques liées au genre, 242
 - retentissement fonctionnel, 242
 - risque suicidaire, 242
- Anxiété généralisée, 238, 277
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 278
 - caractéristiques diagnostiques, 278
 - comorbidité, 281
 - critères diagnostiques, 277
 - développement et évolution, 279

- diagnostic différentiel, 281
- facteurs de risque et pronostiques, 280
- prévalence, 278
- questions diagnostiques liées à la culture, 280
- questions diagnostiques liées au genre, 280
- retentissement fonctionnel, 280
- Anxiété sociale (phobie sociale), 238, 253
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 255
 - caractéristiques diagnostiques, 254
 - comorbidité, 260
 - critères diagnostiques, 253
 - développement et évolution, 256
 - diagnostic différentiel, 258
 - facteurs de risque et pronostiques, 257
 - prévalence, 256
 - questions diagnostiques liées à la culture, 257
 - questions diagnostiques liées au genre, 257
 - retentissement fonctionnel, 258
 - spécifications, 254
- Anxieux (trouble) dû à une autre affection médicale, 239, 286
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 287
 - caractéristiques diagnostiques, 287
 - critères diagnostiques, 286
 - développement et évolution, 288
 - diagnostic différentiel, 288
 - marqueurs diagnostiques, 288
 - prévalence, 288
- Anxieux (trouble) induit par une substance/un médicament, 239, 282
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 285
 - caractéristiques diagnostiques, 284
 - critères diagnostiques, 282
 - diagnostic différentiel, 285
 - marqueurs diagnostiques, 285
 - prévalence, 285
 - procédures d'enregistrement, 283
- Anxieux (troubles), 238
 - agoraphobie, 238, 272
 - anxiété de séparation, 237, 239
 - anxiété généralisée, 238, 277
 - anxiété sociale (phobie sociale), 238, 253
 - autre trouble anxieux spécifié, 290
 - mutisme sélectif, 238, 244
 - phobie spécifique, 238, 247
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1047
 - spécifications des attaques de panique, 267
 - trouble anxieux dû à une autre affection médicale, 239, 286
 - trouble anxieux induit par une substance/un médicament, 239, 282
 - trouble anxieux non spécifié, 290
 - trouble panique, 238, 260
- APA (Association américaine de psychiatrie), 3–5
- Apnée centrale du sommeil, 498
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 500
 - caractéristiques diagnostiques, 499
 - comorbidité, 502
 - critères diagnostiques, 498
 - développement et évolution, 500
 - diagnostic différentiel, 501
 - facteurs de risque et pronostiques, 501
 - marqueurs diagnostiques, 501
 - prévalence, 500
 - retentissement fonctionnel, 501
 - sous-types, 499
 - spécifications, 499
- Apnée/hypopnée obstructive du sommeil
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 493
 - caractéristiques diagnostiques, 493
 - comorbidité, 498
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 498
 - critères diagnostiques, 492
 - développement et évolution, 494
 - diagnostic différentiel, 496
 - facteurs de risque et pronostiques, 495
 - marqueurs diagnostiques, 496
 - prévalence, 493
 - questions diagnostiques liées à la culture, 495
 - questions diagnostiques liés au genre, 495
 - retentissement fonctionnel, 496
 - spécifications, 492
- Apprentissages (trouble spécifique des), 35, 76
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 81
 - caractéristiques diagnostiques, 78
 - comorbidité, 85
 - critères diagnostiques, 76
 - développement et évolution, 81
 - diagnostic différentiel, 85
 - facteurs de risque et pronostiques, 83
 - prévalence, 81
 - procédures d'enregistrement, 78
 - questions diagnostiques liées à la culture, 84
 - questions diagnostiques liées au genre, 84
 - retentissement fonctionnel, 84
- Arrachage compulsif de ses propres cheveux.
 - Voir* Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux)
- Association américaine de psychiatrie (APA), 3–5
- Ataque de nervios*, 16, 264, 265, 290, 1077
- Attention (déficit de l')/hyperactivité (TDAH), 12, 34, 67
 - autre spécifié, 75
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 69

- caractéristiques diagnostiques, 69
- comorbidité, 74
- critères diagnostiques, 67
- développement et évolution, 70
- diagnostic différentiel, 72
- facteurs de risque et pronostiques, 70
- non spécifié, 75
- prévalence, 70
- questions diagnostiques liées à la culture, 71
- questions diagnostiques liées au genre, 71
- retentissement fonctionnel, 71
- symptômes induits par un médicament, 74
- Attitude (tremblement d') induit par un médicament, 927
- Autisme (trouble du spectre de l'), 34, 55
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 61
 - caractéristiques diagnostiques, 59
 - comorbidité, 66
 - critères diagnostiques, 55
 - développement et évolution, 62
 - diagnostic différentiel, 65
 - facteurs de risque et pronostiques, 63
 - prévalence, 62
 - procédures d'enregistrement, 57
 - questions diagnostiques liées à la culture, 64
 - questions diagnostiques liées au genre, 64
 - retentissement fonctionnel, 64
 - spécifications, 57, 58
- Autres contacts avec les services de santé pour des conseils et des avis médicaux, 945
- Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, 25, 32, 933
 - accès aux soins médicaux et aux autres types de soins (problèmes liés à l'), 946
 - autres contacts avec les services de santé pour des conseils et des avis médicaux, 945
 - criminalité ou interactions avec la justice (problèmes liés à la), 945
 - éducatifs et professionnels (problèmes), 942
 - environnement social (autres problèmes liés à l'), 944
 - histoire personnelle (autres circonstances de l'), 946
 - logement et économiques (problèmes de), 943
 - non-observance du traitement médical, 946
 - problèmes relationnels
 - éducation familiale (problèmes liés à l'), 933
 - groupe de soutien primaire (autres problèmes liés au), 934
 - psychosociales, personnelles et environnementales (problèmes liés à d'autres circonstances), 945
 - sérvices et négligence, 935
 - maltraitance et négligence d'un enfant (problèmes de), 936
 - mauvais traitements et négligence envers un adulte (problèmes de), 939
- Autres troubles mentaux
 - autre trouble mental spécifié, 17, 22, 922
 - dû à une autre affection médicale, 921
 - trouble mental non spécifié, 921
 - dû à une autre affection médicale, 921
- Bégaïement. *Voir* Fluidité verbale (trouble de la) apparaissant durant l'enfance (bégaïement)
- Bipolaire (trouble) de type I, 157
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 164
 - caractéristiques diagnostiques, 161
 - comorbidité, 167
 - critères diagnostiques, 157
 - développement et évolution, 164
 - diagnostic différentiel, 166
 - facteurs de risque et pronostiques, 165
 - prévalence, 164
 - questions diagnostiques liées à la culture, 165
 - questions diagnostiques liées au genre, 165
 - retentissement fonctionnel, 166
 - risque suicidaire, 165
- Bipolaire (trouble) de type II, 157
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 171
 - caractéristiques diagnostiques, 170
 - comorbidité, 175
 - critères diagnostiques, 167
 - développement et évolution, 172
 - diagnostic différentiel, 174
 - facteurs de risque et pronostiques, 173
 - prévalence, 172
 - questions diagnostiques liées au genre, 173
 - Retentissement fonctionnel, 174
 - risque suicidaire, 173
- Bipolaire (trouble) ou apparenté dû à une autre affection médicale, 157, 182
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 183
 - caractéristiques diagnostiques, 183
 - comorbidité, 185
 - critères diagnostiques, 182
 - développement et évolution, 183
 - diagnostic différentiel, 184
 - marqueurs diagnostiques, 184
 - questions diagnostiques liées à la culture, 184
 - questions diagnostiques liées au genre, 184
 - retentissement fonctionnel, 184
- Bipolaire (trouble) ou apparenté induit par une substance/un médicament, 157, 178
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 181
 - caractéristiques diagnostiques, 180
 - comorbidité, 182
 - critères diagnostiques, 178
 - développement et évolution, 181

- diagnostic différentiel, 182
- marqueurs diagnostiques, 181
- prévalence, 181
- procédures d'enregistrement, 179
- Bipolaires (troubles) et apparentés, 150
 - autre trouble spécifié, 157, 185
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1046
 - spécifications, 186
 - trouble bipolaire de type I, 157
 - trouble bipolaire de type II, 157, 167
 - trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, 157, 182
 - trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament, 157, 178
 - trouble cyclothymique, 157, 175
 - trouble non spécifié, 186
- Borderline (personnalité), 841, 842, 862
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 864
 - caractéristiques diagnostiques, 862
 - caractéristiques et critères dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, 988, 991
 - critères diagnostiques, 862
 - développement et évolution, 864
 - diagnostic différentiel, 865
 - facteurs de risque et pronostiques, 865
 - prévalence, 864
 - questions diagnostiques liées à la culture, 865
 - questions diagnostiques liées au genre, 865
- Boulimie, 429, 448
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 450
 - caractéristiques diagnostiques, 449
 - comorbidité, 453
 - critères diagnostiques, 448
 - de faible fréquence et/ou de durée limitée, 458
 - développement et évolution, 451
 - diagnostic différentiel, 453
 - facteurs de risque et pronostiques, 451
 - marqueurs diagnostiques, 452
 - prévalence, 451
 - questions diagnostiques liées à la culture, 452
 - questions diagnostiques liées au genre, 452
 - retentissement fonctionnel, 453
 - risque suicidaire, 452
- Bulimia nervosa*. Voir Boulimie
- Caféine (intoxication par la), 658
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 659
 - caractéristiques diagnostiques, 658
 - comorbidité, 660
 - critères diagnostiques, 658
 - développement et évolution, 659
 - diagnostic différentiel, 660
 - facteurs de risque et pronostiques, 660
 - prévalence, 659
 - retentissement fonctionnel, 660
- Caféine (sevrage de la), 661
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 662
 - caractéristiques diagnostiques, 661
 - comorbidité, 664
 - critères diagnostiques, 661
 - développement et évolution, 662
 - diagnostic différentiel, 663
 - facteurs de risque et pronostiques, 663
 - prévalence, 662
 - questions diagnostiques liées à la culture, 663
 - retentissement fonctionnel, 663
- Caféine (trouble de l'usage de la), 1022
 - caractéristiques diagnostiques, 1023
 - comorbidité, 1025
 - critères proposés, 1022
 - développement et évolution, 1024
 - diagnostic différentiel, 1025
 - facteurs de risque et pronostiques, 1024
 - prévalence, 1024
 - retentissement fonctionnel, 1024
- Caféine (troubles liés à la), 631, 658
 - autres troubles induits par la caféine, 664
 - diagnostics associés aux, 633
 - intoxication, 658
 - sevrage, 661
 - trouble non spécifié, 664
- Cannabis (intoxication par le), 673
 - caractéristiques diagnostiques, 673
 - critères diagnostiques, 673
 - diagnostic différentiel, 674
 - prévalence, 674
 - retentissement fonctionnel, 674
 - spécifications, 673
- Cannabis (sevrage du), 635, 675
 - caractéristiques diagnostiques, 675
 - critères diagnostiques, 675
 - développement et évolution, 676
 - diagnostic différentiel, 676
 - facteurs de risque et pronostiques, 676
 - retentissement fonctionnel, 676
- Cannabis (trouble de l'usage du), 664
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 668
 - caractéristiques diagnostiques, 666
 - comorbidité, 672
 - critères diagnostiques, 664
 - développement et évolution, 669
 - diagnostic différentiel, 671
 - facteurs de risque et pronostiques, 670
 - marqueurs diagnostiques, 671
 - prévalence, 668

- questions diagnostiques liées à la culture, 670
- retentissement fonctionnel, 671
- spécifications, 666
- Cannabis (troubles liés au), 631, 663
 - autres troubles induits par le cannabis, 676
 - diagnostics associés aux, 633
 - intoxication, 673
 - sevrage, 635, 675
 - trouble de l'usage du cannabis, 664
 - trouble non spécifié, 677
- Cas clinique (formulation de), 21
 - culture, 949, 971. *Voir aussi* Culturelle (formulation)
- Catatonie, 111, 146, 147
 - associée à un autre trouble mental (spécification de type catatonique), 147
 - caractéristiques diagnostiques, 147
 - critères diagnostiques, 146
 - non spécifiée, 149
- Catatonique (trouble) dû à une autre affection médicale, 147
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 148
 - caractéristiques diagnostiques, 148
 - critères diagnostiques, 147
 - diagnostic différentiel, 148
- Cauchemars, 471, 523
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 524
 - caractéristiques diagnostiques, 523
 - comorbidité, 527
- Correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 527
 - critères diagnostiques, 523
 - développement et évolution, 524
 - diagnostic différentiel, 525
 - facteurs de risque et pronostiques, 525
 - marqueurs diagnostiques, 525
 - prévalence, 524
 - questions diagnostiques liées à la culture, 525
 - questions diagnostiques liées au genre, 525
 - retentissement fonctionnel, 525
- Cheyne-Stokes (respiration de). *Voir* Apnée centrale du sommeil
- CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), 23, 952
- CIM. *Voir* Classification internationale des maladies
- Classification internationale des maladies (CIM), 23
 - 11^e révision, 5, 10, 11
 - utilisation des codes CIM-9 et CIM-10, 12, 19, 25, 27, 32
- des troubles du sommeil, 2^e édition (ICSD-2), correspondances avec le DSM-5, 472
- apnée/hypopnée obstructive du sommeil, 498
- cauchemars, 527
- hypersomnolence, 485
- hypoventilation liée au sommeil, 506
- insomnie, 480
- jambes sans repos (syndrome des), 535
- narcolepsie, 491
- rythme circadien (troubles de l'alternance veille-sommeil liés au), 516
- sommeil (trouble du) induit par une substance/un médicament, 543
- sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en), 522
- sommeil paradoxal (troubles du comportement en), 531
- du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), 23, 952
- Codage et enregistrement (procédures de), 12, 19, 25, 26, 32
- Cognitifs (troubles). *Voir* Neurocognitifs (troubles) (TNC)
- Communication (troubles de la), 33
 - trouble de la communication sociale (pragmatique), 53
 - trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (bégaiement), 50
 - trouble de la phonation, 48
 - trouble du langage, 45
 - trouble non spécifié, 55
- Communication sociale (trouble de la) (pragmatique), 33, 53
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 54
 - caractéristiques diagnostiques, 53
 - critères diagnostiques, 53
 - développement et évolution, 54
 - diagnostic différentiel, 54
 - facteurs de risque et pronostiques, 54
- Comorbidité, 3, 1022
- Compléments en ligne, 19
- Comportements répétitifs centrés sur le corps, 335
- Compulsions, 299, 300, 304. *Voir aussi* Obsessionnels-compulsifs (troubles) et apparentés
- Concepts culturels de détresse, 1077
- Conduite suicidaire (trouble), 1032
 - caractéristiques diagnostiques, 1033
 - comorbidité, 1034
 - critères proposés, 1032
 - développement et évolution, 1033
 - marqueurs diagnostiques, 1034
 - questions diagnostiques liées à la culture, 1034
 - retentissement fonctionnel, 1034
 - spécifications, 1032
- Conduites (trouble des), 34, 605
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 618
 - caractéristiques diagnostiques, 617
 - comorbidité, 622

- critères diagnostiques, 615
- développement et évolution, 619
- diagnostic différentiel, 621
- facteurs de risque et pronostiques, 620
- prévalence, 619
- questions diagnostiques liées à la culture, 620
- questions diagnostiques liées au genre, 621
- retentissement fonctionnel, 621
- sous-types, 617
- spécifications, 617
- Conduites alimentaires (troubles des)
 - et de l'ingestion d'aliments, 429
 - accès hyperphagiques (*binge-eating disorder*), 429, 454
 - anorexie mentale, 429, 440
 - autre trouble spécifié, 458
 - boulimie, 429, 448
 - mérycisme, 429, 432
 - pica, 429
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1051
 - restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments, 429, 434
 - trouble non spécifié, 458
- Contact social (désinhibition du), 343, 347
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 348
 - caractéristiques diagnostiques, 348
 - comorbidité, 350
 - critères diagnostiques, 347
 - développement et évolution, 348
 - diagnostic différentiel, 349
 - facteurs de risque et pronostiques, 349
 - prévalence, 348
 - retentissement fonctionnel, 349
- Contextes médico-légaux, 29
- Contrôle sphinctérien (troubles du), 463
 - autres troubles spécifiés, 468
 - encoprésie, 463, 466
 - énurésie, 463
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1051
 - trouble non spécifié, 468
- Conversion (trouble de) (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), 403, 404, 414
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 416
 - caractéristiques diagnostiques, 415
 - comorbidité, 418
 - critères diagnostiques, 414
 - développement et évolution, 416
 - diagnostic différentiel, 417
 - facteurs de risque et pronostiques, 417
 - prévalence, 416
 - questions diagnostiques liées à la culture, 417
 - questions diagnostiques liées au genre, 417
 - retentissement fonctionnel, 417
- Coordination (trouble développemental de la), 34, 86
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 87
 - caractéristiques diagnostiques, 86
 - comorbidité, 89
 - critères diagnostiques, 86
 - développement et évolution, 88
 - diagnostic différentiel, 89
 - facteurs de risque et pronostiques, 88
 - prévalence, 88
 - questions diagnostiques liées à la culture, 88
 - retentissement fonctionnel, 89
- Cours de la pensée (trouble du), 110
- Crainte excessive d'avoir une maladie, 403, 405, 410
 - brève, 424
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 411
 - caractéristiques diagnostiques, 411
 - comorbidité, 414
 - critères diagnostiques, 410
 - développement et évolution, 412
 - diagnostic différentiel, 413
 - facteurs de risque et pronostiques, 412
 - prévalence, 412
 - questions diagnostiques liées à la culture, 412
 - retentissement fonctionnel, 413
 - sans comportement excessif relatif à la santé, 424
- Creutzfeldt-Jakob (maladie de). *Voir* Prions (trouble neurocognitif dû à une maladie à), majeur ou léger
- Criminalité ou interactions avec la justice (problèmes liés à la), 945
- Critère de significativité clinique, 23
- Critères diagnostiques, 32
 - affections proposées pour des études supplémentaires, 1011
 - formulation de cas clinique, 21
 - propositions pour des études supplémentaires, 11
 - révision, 5–7, 9, 10
 - sous-types et spécifications, 24
 - validateurs, 3, 8, 12, 13
- Culturelle (formulation), 16, 949
 - définitions, 16, 971
 - entretien (EFC), 19, 27, 881
 - esquisse, 949, 971
 - importance diagnostique, 983
 - lien avec la nosologie du DSM-5, 982
- Culturelles (explications) ou causes perçues, 982
- Culturels (idiomes) de détresse, 982
- Culturels (syndromes), 982
- Cyclothymique (trouble), 139, 157
 - caractéristiques diagnostiques, 176
 - comorbidité, 178

- critères diagnostiques, 175
- développement et évolution, 177
- diagnostic différentiel, 177
- facteurs de risque et pronostiques, 177
- prévalence, 177
- Déficit. *Voir* Attention (déficit de l')/hyperactivité (TDAH)
- Définition d'un trouble mental, 22
- Délirant (trouble), 111, 115
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 115
 - caractéristiques diagnostiques, 115
 - critères diagnostiques, 113
 - développement et évolution, 115
 - diagnostic différentiel, 116
 - prévalence, 115
 - questions diagnostiques liées à la culture, 116
 - retentissement fonctionnel, 116
 - sous-types, 114
 - symptômes délirants chez le conjoint d'une personne souffrant de, 150
- Delirium. *Voir* État confusionnel
- Démence. *Voir aussi* Neurocognitifs (troubles) (TNC)
- Dépendante (personnalité), 841, 842, 876
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 878
 - caractéristiques diagnostiques, 877
 - critères diagnostiques, 876
 - développement et évolution, 878
 - diagnostic différentiel, 879
 - prévalence, 878
 - questions diagnostiques liées à la culture, 879
 - questions diagnostiques liées au genre, 879
- Dépersonnalisation/déréalisation, 379, 392
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 394
 - caractéristiques diagnostiques, 393
 - comorbidité, 397
 - critères diagnostiques, 392
 - développement et évolution, 394
 - diagnostic différentiel, 396
 - facteurs de risque et pronostiques, 395
 - prévalence, 394
 - questions diagnostiques liées à la culture, 395
 - retentissement fonctionnel, 395
- Dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale, 193, 219
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 224
 - caractéristiques diagnostiques, 223
 - comorbidité, 226
 - critères diagnostiques, 223
 - développement et évolution, 224
 - diagnostic différentiel, 225
 - facteurs de risque et pronostiques, 225
 - marqueurs diagnostiques, 225
 - questions diagnostiques liées au genre, 225
 - retentissement fonctionnel, 225
 - Risque suicidaire, 225
- Dépressif (trouble) induit par une substance/un médicament, 193, 217
 - caractéristiques diagnostiques, 219
 - comorbidité, 222
 - critères diagnostiques, 217
 - développement et évolution, 220
 - diagnostic différentiel, 222
 - facteurs de risque et pronostiques, 221
 - marqueurs diagnostiques, 221
 - prévalence, 220
 - procédures d'enregistrement, 218
 - risque suicidaire, 221
- Dépressif caractérisé (épisode) des troubles bipolaires et apparentés
 - autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié, 185
 - trouble bipolaire de type I, 159, 164
 - trouble bipolaire de type II, 168, 170
- Dépressif caractérisé (trouble), 193, 200
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 204
 - caractéristiques diagnostiques, 202
 - comorbidité, 209
 - critères diagnostiques, 200
 - développement et évolution, 205
 - diagnostic différentiel, 208
 - facteurs de risque et pronostiques, 206
 - prévalence, 205
 - questions diagnostiques liées à la culture, 207
 - questions diagnostiques liées au genre, 207
 - retentissement fonctionnel, 208
 - risque suicidaire, 204, 207
- Dépressif persistant (trouble) (dysthymie), 193, 209
 - caractéristiques diagnostiques, 210
 - comorbidité, 212
 - critères diagnostiques, 209
 - développement et évolution, 211
 - diagnostic différentiel, 211
 - facteurs de risque et pronostiques, 211
 - prévalence, 210
 - retentissement fonctionnel, 211
- Dépressif(s) (épisode ou symptômes) des troubles bipolaires et apparentés
 - autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié, 185
 - trouble bipolaire de type I, 159, 164
 - trouble bipolaire de type II, 168, 170
 - trouble cyclothymique, 175, 176
- Dépressifs (épisodes) avec hypomanie brève, 1015
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 1017
 - caractéristiques diagnostiques, 1016
 - comorbidité, 1018

- critères proposés, 1015
- diagnostic différentiel, 1018
- facteurs de risque et pronostiques, 1017
- prévalence, 1017
- retentissement fonctionnel, 1017
- risque suicidaire, 1017
- Dépressifs (troubles), 193
 - autre trouble spécifié, 193, 226
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1047
 - spécifications, 227
 - trouble dépressif caractérisé, 193, 200
 - trouble dépressif dû à une autre affection médicale, 193, 223
 - trouble dépressif induit par une substance/ un médicament, 193, 217
 - trouble dépressif persistant (dysthymie), 193, 209
 - trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, 193, 194
 - trouble dysphorique prémenstruel, 193, 212
 - trouble non spécifié, 193, 227
- Dépression récurrente brève, 226
- Dermatillomanie (trituration pathologique de la peau), 299, 300, 304
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 325
 - caractéristiques diagnostiques, 324
 - comorbidité, 327
 - critères diagnostiques, 324
 - développement et évolution, 325
 - diagnostic différentiel, 326
 - facteurs de risque et pronostiques, 325
 - marqueurs diagnostiques, 325
 - prévalence, 325
 - retentissement fonctionnel, 326
- Désir sexuel (diminution du) chez l'homme, 563, 575
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 576
 - caractéristiques diagnostiques, 576
 - comorbidité, 579
 - critères diagnostiques, 575
 - développement et évolution, 577
 - diagnostic différentiel, 578
 - facteurs de risque et pronostiques, 577
 - prévalence, 577
 - questions diagnostiques liées à la culture, 578
 - questions diagnostiques liées au genre, 578
- Détresse (conceptions culturelles de la), 949, 972, 982, 983
- Deuil, 160, 169, 193, 200, 243
 - complexe persistant, 373, 1018
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 1020
 - caractéristiques diagnostiques, 1019
 - comorbidité, 1022
 - critères proposés, 1018
 - développement et évolution, 1020
 - diagnostic différentiel, 1021
 - facteurs de risque et pronostiques, 1021
 - prévalence, 1020
 - questions diagnostiques liées à la culture, 1021
 - retentissement fonctionnel, 1021
 - risque suicidaire, 1021
- Dhat* (syndrome du), 1078
- Diagnostic
 - approche dimensionnelle, 3, 7, 9, 12, 19
 - autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, 32
 - catégoriel, 3, 7, 13, 14, 21, 23
 - codage et enregistrement (procédures de), 26
 - critère de significativité clinique, 23
 - critères diagnostiques et descripteurs, 24
 - culture, 15, 949, 971
 - d'autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, 22, 25, 933
 - d'un trouble des mouvements induits par un médicament, 22
 - définition d'un trouble mental, 22
 - éléments, 24
 - en contextes médico-légaux, 29
 - mesures d'évaluation et d'enregistrement, 951
 - mesures d'évaluation et de suivi, 27
 - mouvements (troubles des) induits par un médicament, 32, 923
 - principal, 26
 - procédures de codage et d'enregistrement, 12, 19, 25, 32
 - provisoire, 26
 - spectre, 4, 13
 - utilité clinique, 22
- Différences de genre, 16
- Disruptif (trouble) avec dysrégulation émotionnelle, 193, 194
 - caractéristiques diagnostiques, 195
 - comorbidité, 199
 - critères diagnostiques, 194
 - développement et évolution, 196
 - diagnostic différentiel, 197
 - facteurs de risque et pronostiques, 196
 - prévalence, 195
 - questions diagnostiques liées au genre, 197
 - retentissement fonctionnel, 197
 - risque suicidaire, 197
- Disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites (troubles), 605
 - autre trouble spécifié, 605, 627
 - kleptomanie, 605, 625
 - personnalité antisociale, 605, 622, 841, 842, 857
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1053

- pyromanie, 605, 623
- trouble des conduites, 605, 615
- trouble explosif intermittent, 605, 611
- trouble non spécifié, 605, 627
- trouble oppositionnel avec provocation, 605, 606
- Dissociatif de l'identité (trouble), 379, 380
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 382
 - caractéristiques diagnostiques, 381
 - comorbidité, 387
 - critères diagnostiques, 380
 - développement et évolution, 383
 - diagnostic différentiel, 385
 - facteurs de risque et pronostiques, 383
 - prévalence, 383
 - questions diagnostiques liées à la culture, 384
 - questions diagnostiques liées au genre, 384
 - retentissement fonctionnel, 384
 - risque suicidaire, 384
- Dissociatifs (troubles), 379
 - amnésie dissociative, 379, 387
 - autre trouble dissociatif spécifié, 380, 397
 - dépersonnalisation/déréalisation, 379, 392
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1050
 - trouble dissociatif de l'identité, 379, 380
 - trouble non spécifié, 398
- Dissociatives (réactions aiguës) à des événements stressants, 398
- Douleurs génito-pelviennes (trouble lié à des) ou à la pénétration, 553, 570
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 572
 - caractéristiques diagnostiques, 571
 - comorbidité, 575
 - critères diagnostiques, 570
 - développement et évolution, 573
 - diagnostic différentiel, 574
 - facteurs de risque et pronostiques, 573
 - prévalence, 573
 - questions diagnostiques liées à la culture, 574
 - questions diagnostiques liées au genre, 574
 - retentissement fonctionnel, 574
- DSM (historique du), 3, 4
- DSM-5
 - autre trouble spécifié et trouble non spécifié, 17, 22, 921
 - compléments en ligne, 19
 - considérations liées au développement et au cours de la vie, 14
 - différences de genre, 16
 - glossaire des termes techniques, 1057
 - harmonisation avec la CIM-11, 11^e révision
 - principaux changements depuis le DSM-IV
 - dysfonctions sexuelles, 1052
 - dysphorie de genre, 1052
 - spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, 1046
 - troubles anxieux, 1047
 - troubles à symptomatologie somatique et apparentés, 1050
 - troubles bipolaires et apparentés, 1046
 - troubles de l'alternance veille-sommeil, 1051
 - troubles de la personnalité, 1055
 - troubles dépressifs, 1047
 - troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments, 1051
 - troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, 1053
 - troubles dissociatifs, 1050
 - troubles du contrôle sphinctérien, 1051
 - troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, 1049
 - troubles liés à une substance et troubles addictifs, 1054
 - troubles neurocognitifs, 1054
 - troubles neurodéveloppementaux, 1045
 - troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés, 1048
 - troubles paraphiliques, 1055
- processus de révision, 3, 5
 - enquêtes sur le terrain, 6
 - examen par les experts, 8
 - examen public et professionnel, 8
 - propositions de révision, 6
- questions culturelles, 15, 949, 971
- structure organisationnelle, 10, 14
- système multiaxial, 18
- usage médico-légal, 29
- utilisation
 - définition d'un trouble mental, 22
 - éléments du diagnostic, 24
 - évaluation et enregistrement, 951
 - formulation de cas clinique, 21
 - outils d'évaluation et de suivi, 27
 - procédures de codage et d'enregistrement, 12, 19, 25, 26, 32
- Dyskinésie tardive, 25
 - induite par les médicaments, 926
- Dyskinésie tardive, 25
- Dysmorphie corporelle (obsession d'une).
 - Voir Obsession d'une dysmorphie corporelle
- Dysmorphie corporelle (trouble évoquant la peur d'une), sans comportements répétitifs, 335
- Dysmorphie corporelle (trouble évoquant l'obsession d'une), avec des défauts réels, 335
- Dysmorphie musculaire, 300, 308, 312
- Dysphorie de genre, 593
 - autre spécifiée, 603
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 596
 - caractéristiques diagnostiques, 595

- comorbidité, 602
- critères diagnostiques, 594
- développement et évolution, 597
- diagnostic différentiel, 602
- en association avec un trouble du développement sexuel, 599
- facteurs de risque et pronostiques, 600
- marqueurs diagnostiques, 601
- non spécifiée, 603
- prévalence, 597
- principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1052
- questions diagnostiques liées à la culture, 601
- retentissement fonctionnel, 601
- sans trouble du développement sexuel, 598
- spécifications, 595
- Dysphorique prémenstruel (trouble), 193, 212
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 214
 - caractéristiques diagnostiques, 213
 - comorbidité, 216
 - critères diagnostiques, 212
 - développement et évolution, 214
 - diagnostic différentiel, 215
 - facteurs de risque et pronostiques, 214
 - marqueurs diagnostiques, 215
 - prévalence, 214
 - procédures d'enregistrement, 213
 - questions diagnostiques liées à la culture, 215
 - retentissement fonctionnel, 215
- Dysthymie. *Voir* Dépressif persistant (trouble) (dysthymie)
- Dystonie induite par les médicaments, 25
 - aiguë, 926
 - tardive, 927
- Échelle
 - du niveau de fonctionnement de la personnalité ENFP, 998, 1004
 - globale du fonctionnement (EGF), 19
 - WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS), 19, 23, 949, 952, 965
- Économiques (problèmes), 943
- Éducatifs (problèmes), 942
- Éducation familiale (problèmes liés à l'), 933
- EGF (échelle globale du fonctionnement), 19
- Éjaculation prématurée (précoce), 553, 579
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 580
 - caractéristiques diagnostiques, 579
 - comorbidité, 582
 - critères diagnostiques, 579
 - développement et évolution, 580
 - diagnostic différentiel, 582
 - facteurs de risque et pronostiques, 581
 - marqueurs diagnostiques, 581
 - prévalence, 580
 - questions diagnostiques liées à la culture, 581
 - questions diagnostiques liées au genre, 581
 - retentissement fonctionnel, 581
- Éjaculation retardée, 553, 554
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 555
 - caractéristiques diagnostiques, 555
 - comorbidité, 557
 - critères diagnostiques, 554
 - développement et évolution, 555
 - diagnostic différentiel, 556
 - facteurs de risque et pronostiques, 556
 - prévalence, 555
 - questions diagnostiques liées à la culture, 556
 - retentissement fonctionnel, 556
- Éléments du diagnostic, 24
- Encoprésie, 463
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 467
 - caractéristiques diagnostiques, 466
 - comorbidité, 468
 - critères diagnostiques, 466
 - développement et évolution, 467
 - diagnostic différentiel, 468
 - facteurs de risque et pronostiques, 467
 - marqueurs diagnostiques, 468
 - prévalence, 467
 - sous-types, 466
- ENFP (Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité), 998, 1004
- Entretien de formulation culturelle (EFC), 19, 27, 971
 - domaines d'évaluation, 974
 - indications, 973
 - modules supplémentaires, 974
 - version du tiers, 949, 978
- Énurésie, 463
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 464
 - caractéristiques diagnostiques, 464
 - comorbidité, 465
 - critères diagnostiques, 463
 - développement et évolution, 464
 - diagnostic différentiel, 465
 - facteurs de risque et pronostiques, 464
 - prévalence, 464
 - questions diagnostiques liées à la culture, 465
 - questions diagnostiques liées au genre, 465
 - retentissement fonctionnel, 465
 - sous-types, 463
- Environnement social (autres problèmes liés à l'), 944
- Érection (trouble de l'), 553, 557

- caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 558
- caractéristiques diagnostiques, 558
- comorbidité, 560
- critères diagnostiques, 557
- développement et évolution, 558
- diagnostic différentiel, 560
- facteurs de risque et pronostiques, 559
- marqueurs diagnostiques, 559
- prévalence, 558
- questions diagnostiques liées à la culture, 559
- retentissement fonctionnel, 560
- État confusionnel (delirium), 775, 780
 - autre spécifié, 787
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 785
 - caractéristiques diagnostiques, 784
 - critères diagnostiques, 780
 - développement et évolution, 785
 - diagnostic différentiel, 786
 - dû à une autre affection médicale, 781
 - dû à une intoxication par une substance, 780, 782
 - dû au sevrage d'une substance, 781, 783
 - dû des étiologies multiples, 781
 - facteurs de risque et pronostiques, 786
 - induit par un médicament, 781, 783
 - marqueurs diagnostiques, 786
 - non spécifié, 787
 - prévalence, 785
 - procédures d'enregistrement, 782
 - retentissement fonctionnel, 786
 - spécifications, 784
- Études supplémentaires (affections proposées pour des), 11, 1011
- Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien, 949
 - cotation et interprétation, 962
 - fréquence d'utilisation, 962
- Évaluation symptomatique transversale de niveau 1 du DSM-5, 957
 - auto-évaluation de l'adulte, 952, 953
 - cotation et interprétation, 954
 - évaluation par le parent/adulte responsable, 952, 955, 959
- Évaluation symptomatique transversale de niveau 2 du DSM-5, 954, 956
- Évaluations de sévérité, 952, 962
- Évaluations symptomatiques transversales, 951
 - de niveau 1 du DSM-5, 952, 957
 - de niveau 2 du DSM-5, 954, 956
 - fréquence d'utilisation, 956
- Évitante (personnalité), 841, 842, 873
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 874
 - caractéristiques diagnostiques, 873
 - caractéristiques et critères dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, 988, 990
 - critères diagnostiques, 873
 - développement et évolution, 875
 - diagnostic différentiel, 875
 - prévalence, 875
 - questions diagnostiques liées à la culture, 875
 - questions diagnostiques liées au genre, 875
- Exhibitionnisme (trouble), 891, 896
 - caractéristiques diagnostiques, 897
 - comorbidité, 899
 - critères diagnostiques, 896
 - développement et évolution, 898
 - diagnostic différentiel, 899
 - facteurs de risque et pronostiques, 898
 - prévalence, 897
 - questions diagnostiques liées au genre, 898
 - retentissement fonctionnel, 898
 - sous-types, 896
 - spécifications, 896
- Explication culturelle ou cause perçue, 16
- Explosif intermittent (trouble), 605, 611
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 612
 - caractéristiques diagnostiques, 612
 - comorbidité, 615
 - critères diagnostiques, 611
 - développement et évolution, 612
 - diagnostic différentiel, 613
 - facteurs de risque et pronostiques, 613
 - prévalence, 612
 - questions diagnostiques liées à la culture, 613
 - questions diagnostiques liées au genre, 613
 - retentissement fonctionnel, 613
- Exposition prénatale à l'alcool (trouble neurocomportemental associé à l'), 1028
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 1030
 - caractéristiques diagnostiques, 1030
 - comorbidité, 1032
 - critères proposés, 1028
 - développement et évolution, 1031
 - diagnostic différentiel, 1031
 - prévalence, 1031
 - retentissement fonctionnel, 1031
 - risque suicidaire, 1031
- Externalisés (troubles), 14
- Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales, 403, 405, 418
 - caractéristiques diagnostiques, 419
 - comorbidité, 421
 - critères diagnostiques, 418
 - développement et évolution, 420
 - diagnostic différentiel, 420

- prévalence, 420
- questions diagnostiques liées à la culture, 420
- retentissement fonctionnel, 420
- Factice (trouble), 403, 405, 421
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 423
 - caractéristiques diagnostiques, 422
 - critères diagnostiques, 421
 - développement et évolution, 423
 - diagnostic différentiel, 423
 - imposé à autrui, 405, 422
 - par procuration, 440
 - prévalence, 423
 - procédures d'enregistrement, 422
- Fétichisme (trouble), 891, 910
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 911
 - caractéristiques diagnostiques, 910
 - comorbidité, 912
 - critères diagnostiques, 910
 - développement et évolution, 911
 - diagnostic différentiel, 912
 - questions diagnostiques liées à la culture, 911
 - questions diagnostiques liées au genre, 911
 - retentissement fonctionnel, 911
 - spécifications, 910
- Fluidité verbale (trouble de la) apparaissant durant l'enfance (bégaiement), 33, 50
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 51
 - caractéristiques diagnostiques, 51
 - critères diagnostiques, 50
 - développement et évolution, 52
 - diagnostic différentiel, 52
 - facteurs de risque et pronostiques, 52
 - retentissement fonctionnel, 52
- Fonctionnement de la personnalité (échelle du niveau de) ENFP, 998, 1004
- Formulation culturelle (entretien de) (EFC), 19, 27, 971
- Frontotemporal (trouble neurocognitif), majeur ou léger, 775, 788, 801
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 803
 - caractéristiques diagnostiques, 802
 - critères diagnostiques, 801
 - développement et évolution, 803
 - diagnostic différentiel, 805
 - facteurs de risque et pronostiques, 804
 - marqueurs diagnostiques, 804
 - prévalence, 803
 - retentissement fonctionnel, 804
- Frotteurisme (trouble), 891, 899
 - caractéristiques diagnostiques, 900
 - comorbidité, 902
 - critères diagnostiques, 899
 - développement et évolution, 901
- diagnostic différentiel, 901
- facteurs de risque et pronostiques, 901
- prévalence, 901
- questions diagnostiques liées au genre, 901
- spécifications, 900
- Gilles de la Tourette (syndrome de), 35. *Voir aussi* Tics
 - caractéristiques diagnostiques, 96
 - critères diagnostiques, 94
 - facteurs de risque et pronostiques, 97
 - prévalence, 97
 - retentissement fonctionnel, 98
- Glossaire des termes techniques, 1057
- Grossesse nerveuse. *Voir* Pseudocycèse
- Groupe de soutien primaire (autres problèmes liés au), 934
- Hallucinations, 109
 - auditives, 110, 128, 129, 143, 149
 - gustatives, 143
 - hypnagogiques, 110
 - hypnopompiques, 110
 - olfactives, 143, 145
 - tactiles, 143
 - visuelles, 128, 129, 143, 145
- Hallucinogène (intoxication par un autre), 688
 - caractéristiques diagnostiques, 688
 - critères diagnostiques, 688
 - diagnostic différentiel, 689
 - prévalence, 688
 - retentissement fonctionnel, 689
 - risque suicidaire, 689
- Hallucinogène (trouble de l'usage d'un autre), 681
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 683
 - caractéristiques diagnostiques, 682
 - comorbidité, 686
 - critères diagnostiques, 681
 - développement et évolution, 684
 - diagnostic différentiel, 685
 - facteurs de risque et pronostiques, 684
 - marqueurs diagnostiques, 685
 - prévalence, 683
 - questions diagnostiques liées à la culture, 685
 - questions diagnostiques liées au genre, 685
 - retentissement fonctionnel, 685
 - spécifications, 682
- Hallucinogènes (trouble persistant des perceptions dû aux), 689
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 690
 - caractéristiques diagnostiques, 690
 - comorbidité, 691
 - critères diagnostiques, 689

- développement et évolution, 691
- diagnostic différentiel, 691
- facteurs de risque et pronostiques, 691
- prévalence, 690
- retentissement fonctionnel, 691
- Hallucinogènes (troubles liés aux), 631, 686
 - autres troubles induits par la phencyclidine, 691
 - autres troubles induits par les hallucinogènes, 692
 - diagnostics associés aux, 633
 - intoxication par la phencyclidine, 686
 - intoxication par un autre hallucinogène, 688
 - trouble de l'usage de la phencyclidine, 677
 - trouble de l'usage d'un autre hallucinogène, 681
 - trouble lié à des hallucinogènes non spécifié, 692
 - trouble lié à la phencyclidine non spécifié, 692
 - trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes), 689
- Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), 33, 35
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 41
 - caractéristiques diagnostiques, 36
 - comorbidité, 44
 - critères diagnostiques, 35
 - développement et évolution, 41
 - diagnostic différentiel, 43
 - facteurs de risque et pronostiques, 42
 - lien avec les autres classifications, 44
 - marqueurs diagnostiques, 43
 - niveaux de sévérité, 36, 37
 - non spécifié, 45
 - prévalence, 41
 - questions diagnostiques liées à la culture, 42
 - questions diagnostiques liées au genre, 43
 - retard global du développement, 33, 44
 - spécifications, 36, 37
- Histoire personnelle (autres circonstances de l'), 946
- Histrionique (personnalité), 841, 842, 866
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 868
 - caractéristiques diagnostiques, 867
 - critères diagnostiques, 866
 - diagnostic différentiel, 869
 - prévalence, 868
 - questions diagnostiques liées à la culture, 868
 - questions diagnostiques liées au genre, 868
- Huntington (maladie de), 94, 95, 144
 - trouble dépressif, 224
- Huntington (trouble neurocognitif dû à la maladie de), majeur ou léger, 775, 789, 830
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 830
 - caractéristiques diagnostiques, 830
 - critères diagnostiques, 830
 - développement et évolution, 831
 - diagnostic différentiel, 832
 - facteurs de risque et pronostiques, 831
 - marqueurs diagnostiques, 831
 - prévalence, 830
 - retentissement fonctionnel, 832
- Hyperactivité. *Voir* Attention (déficit de l')/hyperactivité (TDAH)
- Hypersomnolence, 471, 480
 - (autre) spécifiée, 544
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 482
 - caractéristiques diagnostiques, 481
 - comorbidité, 484
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 485
 - critères diagnostiques, 480
 - développement et évolution, 482
 - diagnostic différentiel, 483
 - facteurs de risque et pronostiques, 483
 - marqueurs diagnostiques, 483
 - non spécifiée, 544
 - prévalence, 482
 - retentissement fonctionnel, 483
- Hypocondrie, 404, 411. *Voir aussi* Crainte excessive d'avoir une maladie
- Hypomaniaque(s) (épisode ou symptômes) des troubles bipolaires et apparentés
 - autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié, 185
 - épisodes dépressifs avec hypomanie brève, 1015
 - trouble bipolaire de type I, 158, 164
 - trouble bipolaire de type II, 167, 170
 - trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, 183
 - trouble cyclothymique, 175, 176
- Hypoventilation liée au sommeil, 502
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 503
 - caractéristiques diagnostiques, 503
 - comorbidité, 506
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 506
 - critères diagnostiques, 502
 - développement et évolution, 504
 - diagnostic différentiel, 505
 - facteurs de risque et pronostiques, 504
 - marqueurs diagnostiques, 505
 - prévalence, 504
 - questions diagnostiques liés au genre, 505
 - retentissement fonctionnel, 505
 - sous-types, 503

- ICSD-2. Voir Classification internationale des troubles du sommeil
- Idées délirantes, 111
à thème de nihilisme, 109
à thème somatique, 109
bizarres, 109, 113
de jalousie, 113, 114
de persécution, 109, 113
de référence, 109
de type mixte, 113
de type non spécifié, 113
érotomaniaques, 109, 113
mégalomaniaques, 109, 113
non bizarres, 109
se chevauchant de façon significative avec des épisodes thymiques, 149
somatiques, 113, 114
syndrome d'influence, 109
- Identité (perturbations de l') dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée, 398
- Idiome culturel de détresse, 16
- Insomnie, 471, 472
(autre) spécifiée, 543
caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 475
caractéristiques diagnostiques, 473
comorbidité, 479
correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 480
critères diagnostiques, 472
de courte durée, 543
développement et évolution, 476
diagnostic différentiel, 478
facteurs de risque et pronostiques, 477
limitée à un sommeil non récupérateur, 543
marqueurs diagnostiques, 477
non spécifiée, 543
prévalence, 475
questions diagnostiques liés au genre, 477
retentissement fonctionnel, 478
- Internalisés (troubles), 14
- Intoxication par une substance, 631, 636
développement et évolution, 638
durée des effets, 637
état confusionnel (delirium) dû à une, 782
examens complémentaires associés, 638
par des substances inhalées, 698
par l'alcool, 650
par la caféine, 658
par la phencyclidine, 686
par le cannabis, 673
par un autre hallucinogène, 688
par une substance autre (ou inconnue), 747
par un opiacé, 708
par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, 719
par un stimulant, 732
procédures d'enregistrement, 638
usage de plusieurs substances, 638
voie d'administration et rapidité d'action, 637
- Jalousie obsessionnelle, 335
- Jambes sans repos (syndrome des), 471, 531
caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 532
caractéristiques diagnostiques, 531
comorbidité, 535
correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 535
critères diagnostiques, 531
développement et évolution, 532
diagnostic différentiel, 534
facteurs de risque et pronostiques, 533
marqueurs diagnostiques, 533
prévalence, 532
questions diagnostiques liées au genre, 533
retentissement fonctionnel, 534
- Jeu d'argent pathologique, 631, 752
caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 754
caractéristiques diagnostiques, 754
comorbidité, 757
critères diagnostiques, 752
développement et évolution, 754
diagnostic différentiel, 757
facteurs de risque et pronostiques, 756
prévalence, 754
questions diagnostiques liées à la culture, 756
questions diagnostiques liées au genre, 756
retentissement fonctionnel, 756
spécifications, 753
- Jeux sur internet (usage pathologique des), 1025
caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 1027
caractéristiques diagnostiques, 1026
comorbidité, 1028
critères proposés, 1025
diagnostic différentiel, 1028
facteurs de risque et pronostiques, 1028
prévalence, 1028
retentissement fonctionnel, 1028
sous-types, 1026
- Jikoshū-Kyōfu*, 335
- Khyâl cap*, 264, 265, 290
- Kleptomanie, 605, 625
caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 625
caractéristiques diagnostiques, 625
comorbidité, 626

- critères diagnostiques, 625
- développement et évolution, 626
- diagnostic différentiel, 626
- facteurs de risque et pronostiques, 626
- prévalence, 625
- retentissement fonctionnel, 626
- Koro*, 335
- Kufungisisa*, 16, 1079
- Kyâl cap*, 1078
- Langage (trouble du), 33, 45
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 47
 - caractéristiques diagnostiques, 46
 - comorbidité, 48
 - critères diagnostiques, 45
 - développement et évolution, 47
 - diagnostic différentiel, 47
 - facteurs de risque et pronostiques, 47
- Lésion cérébrale traumatique, 775, **789**, 813
 - cotation de la sévérité, **814**
 - spécifications, 813
 - thésaurisation pathologique (sylllogomanie), 314, 318
 - trouble bipolaire, 183
 - trouble dépressif, 222
 - troubles neurodéveloppementaux, 42, 48, 85
 - trouble neurocognitif dû à une, majeur ou léger, 775, 789, 813
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 814
 - caractéristiques diagnostiques, 813
 - comorbidité, 816
 - cotation de la sévérité, **814**
 - critères diagnostiques, 813
 - développement et évolution, 814
 - diagnostic différentiel, 816
 - facteurs de risque et pronostiques, 815
 - marqueurs diagnostiques, 816
 - prévalence, 814
 - retentissement fonctionnel, 816
 - troubles liés à des traumatismes ou facteurs de stress, 361, 363, 366, 369
 - troubles neurodéveloppementaux, 42, 48, 85
 - troubles psychotiques, 122, 144
- Lésions auto-infligées non suicidaires, 1034
 - caractéristiques diagnostiques, 1035
 - critères proposés, 1034
 - développement et évolution, 1036
 - diagnostic différentiel, 1037
 - facteurs de risque et pronostiques, 1036
 - retentissement fonctionnel, 1037
- Lewy (trouble neurocognitif avec), majeur ou léger, 775, **788**, 806
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 807
 - caractéristiques diagnostiques, 806
 - comorbidité, 809
 - critères diagnostiques, 806
 - développement et évolution, 807
 - diagnostic différentiel, 808
 - facteurs de risque et pronostiques, 808
 - marqueurs diagnostiques, 808
 - prévalence, 807
 - retentissement fonctionnel, 808
- Logement (problèmes de), 943
- Maladi moun*, 16, 1079
- Maltraitance et négligence, 25
- Maltraitance et négligence d'un enfant (problèmes de), 936
 - négligence envers un enfant, 937
 - séances physiques d'un enfant, 936
 - séances psychologiques d'un enfant, 938
 - séances sexuels d'un enfant, 936
- Maniaque (épisode)
 - trouble bipolaire de type I, 158, 161
 - trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, 183
- Masochisme sexuel (trouble), 891, 902
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 903
 - caractéristiques diagnostiques, 903
 - comorbidité, 904
 - critères diagnostiques, 902
 - développement et évolution, 903
 - diagnostic différentiel, 904
 - prévalence, 903
 - retentissement fonctionnel, 903
- Mauvais traitements et négligence envers un adulte (problèmes de), 939
 - négligence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, 940
 - séances d'un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, 941
 - séances psychologiques envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, 940
 - violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, 939
 - violence sexuelle envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, 939
- Médicament (état confusionnel [delirium] induit par), 781, 783
- Mental, mentaux (trouble(s))
 - contextes médico-légaux, 29
 - critère de significativité clinique, 23
 - définition, 22
 - genre et, 16
 - culture, 15, 949, 971
- Mérycisme, 429, 432
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 433
 - caractéristiques diagnostiques, 432

- comorbidité, 434
- critères diagnostiques, 432
- développement et évolution, 433
- diagnostic différentiel, 434
- facteurs de risque et pronostiques, 434
- prévalence, 433
- retentissement fonctionnel, 434
- Mesures d'évaluation, 27, 9951
 - évaluations symptomatiques transversales, 951
 - de niveau 1 du DSM-5, 952, 957
 - de niveau 2 du DSM-5, 954, 956
 - fréquence d'utilisation, 956
 - mesures de sévérité
 - cotation et interprétation, 962
 - évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien, 949, 962
 - fréquence d'utilisation, 962
 - WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS)*, 19, 23, 949, 952, 965
- Moteurs (troubles) neurodéveloppementaux, 34, 86
 - coordination (trouble développemental de la), 86
 - mouvements stéréotypés, 90
 - tics, 94
- Mouvements oculaires rapides. Voir Sommeil paradoxal
- Mouvements (troubles des) et autres effets indésirables induits par un médicament, 923
 - akathisie aiguë induite par les médicaments, 926
 - akathisie tardive, 927
 - antidépresseurs (syndrome d'arrêt des), 927
 - autre trouble des mouvements induit par un médicament, 927
 - autres effets secondaires d'un médicament, 929
 - dyskinésie tardive, 926
 - dystonie aiguë induite par les médicaments, 926
 - dystonie tardive, 927
 - parkinsonisme induit par d'autres médicaments, 923
 - parkinsonisme induit par les neuroleptiques, 923
 - syndrome malin des neuroleptiques, 923
 - tremblement d'attitude induit par un médicament, 927
- Mouvements (troubles des) induits par un médicament et autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, 22
 - akathisie aiguë, 25
 - dyskinésie tardive, 25
 - syndrome
 - d'arrêt des antidépresseurs, 25
 - malin des neuroleptiques, 25
- Mouvements stéréotypés, 34, 90
 - caractéristiques diagnostiques, 91
 - comorbidité, 94
 - critères diagnostiques, 90
 - développement et évolution, 92
 - diagnostic différentiel, 93
 - facteurs de risque et pronostiques, 92
 - prévalence, 92
 - procédures d'enregistrement, 90
 - questions diagnostiques liées à la culture, 93
 - spécifications, 91
- Mutisme sélectif, 238, 244
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 245
 - caractéristiques diagnostiques, 244
 - comorbidité, 247
 - critères diagnostiques, 244
 - développement et évolution, 245
 - diagnostic différentiel, 246
 - facteurs de risque et pronostiques, 245
 - prévalence, 245
 - questions diagnostiques liées à la culture, 246
 - retentissement fonctionnel, 246
- Narcissique (personnalité), 841, 842
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 871
 - caractéristiques diagnostiques, 870
 - caractéristiques et critères dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, 988, 992
 - critères diagnostiques, 869
 - développement et évolution, 872
 - diagnostic différentiel, 872
 - prévalence, 872
 - questions diagnostiques liées au genre, 872
- Narcolepsie, 471, 485
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 487
 - caractéristiques diagnostiques, 486
 - comorbidité, 491
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 491
 - critères diagnostiques, 485
 - développement et évolution, 488
 - diagnostic différentiel, 490
 - facteurs de risque et pronostiques, 489
 - marqueurs diagnostiques, 489
 - prévalence, 488
 - questions diagnostiques liées à la culture, 489
 - retentissement fonctionnel, 490
 - sous-types, 486
- Négligence
 - envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, 940
 - envers un enfant, 937
- Nervios*, 1080
- Neurocognitifs (troubles) (TNC), 787
 - atteintes neurocognitives, 776, 777

- état confusionnel (delirium), 775, 780
 - autre spécifié, 787
 - non spécifié, 787
- majeur et léger
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 794
 - caractéristiques diagnostiques, 792
 - comorbidité, 797
 - critères diagnostiques, 787
 - développement et évolution, 794
 - diagnostic différentiel, 796
 - facteurs de risque et pronostiques, 795
 - marqueurs diagnostiques, 796
 - prévalence, 794
 - questions diagnostiques liées à la culture, 795
 - questions diagnostiques liées au genre, 796
 - retentissement fonctionnel, 796
 - sous-types, 788, 791
 - avec corps de Lewy, 775, 788, 806
 - dû à des étiologies multiples, 775, 789, 834
 - dû à la maladie d'Alzheimer, 775, 788, 797
 - dû à la maladie de Huntington, 775, 789, 830
 - dû à la maladie de Parkinson, 775, 789, 827
 - dû à l'utilisation d'une substance ou d'un médicament, 775, 789, 816
 - dû à une autre affection médicale, 775, 789, 832
 - dû à une infection par le VIH, 775, 789, 822
 - dû à une lésion cérébrale traumatique, 789, 775, 813
 - dû à une maladie à prions, 775, 789, 825
 - frontotemporal, 775, 788, 801
 - non spécifié, 790, 834
 - vasculaire, 775, 789, 809
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1054
 - spécifications, 791
- Neurodéveloppementaux (troubles), 14
 - autre trouble spécifié, 100
 - déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), 12, 34, 67
 - handicaps intellectuels, 33, 35
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1045
 - spécifications, 35
 - tics, 35, 94
 - trouble du spectre de l'autisme, 34, 55
 - trouble non spécifié, 101
 - troubles de la communication, 33, 45
 - troubles moteurs, 34, 86
 - troubles spécifiques des apprentissages, 35, 76
 - Neurodéveloppementaux moteurs (troubles), 34
 - mouvements stéréotypés, 90
 - tics, 94
 - trouble développemental de la coordination, 86
 - Neuroleptiques (parkinsonisme induit par les), 923
 - Neuroleptiques (syndrome malin des), 923
 - caractéristiques diagnostiques, 924
 - développement et évolution, 925
 - diagnostic différentiel, 926
 - facteurs de risque et pronostiques, 925
 - Non-observance du traitement, 25, 946
- Obésité
 - troubles de l'alternance veille-sommeil, 535
 - apnée/hypopnée obstructive du sommeil, 493, 497
 - apnée/hypoventilation liée au sommeil, 503, 504, 506
 - hypersomnolence, 484
 - narcolepsie, 488–490
 - troubles des conduites alimentaires et des prises d'aliments, 429, 447, 452, 455, 457
- Obsession d'une dysmorphie corporelle, 299, 300, 308
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 310
 - caractéristiques diagnostiques, 309
 - comorbidité, 314
 - critères diagnostiques, 308
 - développement et évolution, 311
 - diagnostic différentiel, 312
 - facteurs de risque et pronostiques, 311
 - prévalence, 310
 - questions diagnostiques liées à la culture, 311
 - questions diagnostiques liées au genre, 311
 - retentissement fonctionnel, 312
 - risque suicidaire, 312
- Obsession de jalousie, 335
- Obsessionnel-compulsif (trouble) (TOC), 299, 301
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 303
 - caractéristiques diagnostiques, 303
 - comorbidité, 307
 - critères diagnostiques, 301
 - développement et évolution, 304
 - diagnostic différentiel, 306
 - facteurs de risque et pronostiques, 305
 - prévalence, 304
 - questions diagnostiques liées à la culture, 305
 - questions diagnostiques liées au genre, 305
 - retentissement fonctionnel, 305
 - risque suicidaire, 305
 - spécifications, 302

- Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté
 - dû à une autre affection médicale, 299, 300, 331
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 333
 - caractéristiques diagnostiques, 332
 - critères diagnostiques, 331
 - développement et évolution, 333
 - diagnostic différentiel, 334
 - marqueurs diagnostiques, 334
- Obsessionnel-compulsif (trouble) ou apparenté induit par une substance/un médicament, 299, 300, 327
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 330
 - caractéristiques diagnostiques, 329
 - critères diagnostiques, 327
 - diagnostic différentiel, 330
 - prévalence, 330
 - procédures d'enregistrement, 329
- Obsessionnelle-compulsive (personnalité), 841, 842
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 882
 - caractéristiques diagnostiques, 880
 - caractéristiques et critères dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, 988, 993
 - critères diagnostiques, 880
 - diagnostic différentiel, 883
 - prévalence, 883
 - questions diagnostiques liées à la culture, 883
 - questions diagnostiques liées au genre, 883
- Obsessionnels-compulsifs (troubles) et apparentés, 299
 - autre trouble spécifié, 299, 301, 335
 - dermatillomanie (trituration pathologique de la peau), 299, 300, 324
 - obsession d'une dysmorphie corporelle, 299, 300, 308
 - obsessions et compulsions, 299, 300, 304
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1048
 - spécifications, 301
 - thésaurisation pathologique (sylllogomanie), 299, 300, 314
 - trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), 299, 300, 320
 - trouble non spécifié, 299, 301, 336
 - trouble obsessionnel-compulsif, 299, 301
 - trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté dû à une autre affection médicale, 299, 300, 331
 - trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une substance/un médicament, 299, 300, 327
- Olfactif (syndrome de référence), 1082
- Opiacé (intoxication par un), 708
 - caractéristiques diagnostiques, 709
 - critères diagnostiques, 708
 - diagnostic différentiel, 709
- Opiacé (sevrage d'un), 634, 709
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 711
 - caractéristiques diagnostiques, 710
 - critères diagnostiques, 709
 - développement et évolution, 711
 - diagnostic différentiel, 711
 - prévalence, 711
- Opiacés (trouble de l'usage des), 701
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 704
 - caractéristiques diagnostiques, 703
 - comorbidité, 707
 - critères diagnostiques, 701
 - développement et évolution, 704
 - diagnostic différentiel, 707
 - facteurs de risque et pronostiques, 705
 - marqueurs diagnostiques, 705
 - prévalence, 704
 - questions diagnostiques liées à la culture, 705
 - retentissement fonctionnel, 706
 - risque suicidaire, 706
 - spécifications, 703
- Opiacés (troubles liés aux), 631
 - autres troubles induits par des opiacés, 711
 - diagnostics associés aux, 633
 - intoxication, 708
 - sevrage, 634, 709
 - trouble de l'usage des opiacés, 701
 - trouble non spécifié, 712
- Oppositionnel avec provocation (trouble), 34, 605, 606
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 608
 - caractéristiques diagnostiques, 607
 - comorbidité, 611
 - critères diagnostiques, 606
 - développement et évolution, 608
 - diagnostic différentiel, 610
 - facteurs de risque et pronostiques, 609
 - prévalence, 608
 - questions diagnostiques liées à la culture, 609
 - retentissement fonctionnel, 609
 - spécifications, 607
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 23, 26, 32
 - Classification internationale des maladies (CIM), 23
 - 11^e révision, 5, 10, 11
 - utilisation des codes CIM-9 et CIM-10, 32, 12, 19, 25, 27,
 - Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), 561, 23, 952

- Orgasme (trouble de l') chez la femme, 553, 561
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 562
 - caractéristiques diagnostiques, 562
 - comorbidité, 565
 - critères diagnostiques, 561
 - développement et évolution, 563
 - diagnostic différentiel, 564
 - facteurs de risque et pronostiques, 563
 - marqueurs diagnostiques, 564
 - prévalence, 563
 - questions diagnostiques liées à la culture, 564
 - retentissement fonctionnel, 564

- Panique (attaques de), 237, 238, 260
 - attendues *vs* inattendues, 268
 - caractéristiques, 268
 - caractéristiques associées, 269
 - comorbidité, 272
 - développement et évolution, 269
 - diagnostic différentiel, 271
 - facteurs de risque et pronostiques, 270
 - marqueurs diagnostiques, 271
 - nocturnes, 261, 269
 - personnes âgées, 263, 270
 - prévalence, 269
 - questions diagnostiques liées à la culture, 270
 - questions diagnostiques liées au genre, 271
 - retentissement fonctionnel, 271
 - risque suicidaire, 269
 - spécifications, 267
 - symptômes, 267
- Panique (trouble), 238, 260
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 262
 - caractéristiques diagnostiques, 261
 - comorbidité, 267
 - critères diagnostiques, 260
 - développement et évolution, 263
 - diagnostic différentiel, 266
 - facteurs de risque et pronostiques, 264
 - marqueurs diagnostiques, 265
 - prévalence, 262
 - questions diagnostiques liées à la culture, 264
 - questions diagnostiques liées au genre, 265
 - retentissement fonctionnel, 265
 - risque suicidaire, 265
- Paranoïaque (personnalité), 841, 842, 846
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 847
 - caractéristiques diagnostiques, 846
 - critères diagnostiques, 846
 - développement et évolution, 848
 - diagnostic différentiel, 849
- facteurs de risque et pronostiques, 848
- prévalence, 848
- questions diagnostiques liées à la culture, 848
- Paraphiliques (troubles), 890
 - autre trouble paraphilique spécifié, 915
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1055
 - trouble exhibitionnisme, 891, 896
 - trouble fétichisme, 891, 910
 - trouble frotteurisme, 891, 899
 - trouble masochisme sexuel, 891, 902
 - trouble paraphilique non spécifié, 916
 - trouble pédophilie, 891, 906
 - trouble sadisme sexuel, 891, 904
 - trouble transvestisme, 891, 912
 - trouble voyeurisme, 891, 893
- Parasomnies, 471, 516
 - cauchemars, 471, 523
 - trouble du comportement en sommeil paradoxal, 423, 479
 - troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal, 423, 469
- Parkinson (maladie de),
 - troubles anxieux, 254, 256, 260, 272, 276
 - troubles de l'alternance de veille-sommeil, 485, 498, 512, 535, 544
 - sommeil paradoxal (troubles du comportement en), 472, 527, 528, 530
 - troubles dépressifs, 224
- Parkinson (trouble neurocognitif dû à la maladie de), majeur ou léger, 775, **789, 827**
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 828
 - caractéristiques diagnostiques, 828
 - comorbidité, 829
 - critères diagnostiques, 827
 - développement et évolution, 828
 - diagnostic différentiel, 829
 - facteurs de risque et pronostiques, 828
 - marqueurs diagnostiques, 828
 - prévalence, 828
- Parkinsonisme
 - induit par d'autres médicaments, 923
 - induit par les neuroleptiques, 923
- Pédophilie (trouble), 891, 906
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 908
 - caractéristiques diagnostiques, 907
 - comorbidité, 910
 - critères diagnostiques, 906
 - développement et évolution, 908
 - diagnostic différentiel, 909
 - facteurs de risque et pronostiques, 908
 - marqueurs diagnostiques, 909
 - prévalence, 908
 - questions diagnostiques liées au genre, 909

- Pensée désorganisée (discours), 110
- Personnalité (échelle du niveau de fonctionnement de la) (ENFP), 998, 1004
- Personnalité (modification de la) due à une autre affection médicale, 841, 884
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 886
 - caractéristiques diagnostiques, 885
 - critères diagnostiques, 884
 - diagnostic différentiel, 886
 - sous-types, 885
- Personnalité (troubles de la), 841
 - autre trouble spécifié, 841, 887
 - groupe A
 - personnalité paranoïaque, 841, 842, 846
 - personnalité schizoïde, 841, 842, 850
 - personnalité schizotypique, 109, 111, 112, 841, 842, 853
 - groupe B
 - personnalité antisociale, 605, 622, 841, 842, 857
 - personnalité borderline, 841, 842, 862
 - personnalité histrionique, 841, 842, 866
 - personnalité narcissique, 841, 842, 869
 - groupe C
 - personnalité dépendante, 841, 842, 876
 - personnalité évitante, 841, 842, 873
 - personnalité obsessionnelle-compulsive, 841, 842, 880
 - modification de la personnalité due à une autre affection médicale, 841, 884
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1055
 - trouble général de la personnalité, 842
 - caractéristiques diagnostiques, 843
 - critères, 842
 - développement et évolution, 844
 - diagnostic différentiel, 845
 - questions diagnostiques liées à la culture, 844
 - questions diagnostiques liées au genre, 844
 - trouble non spécifié, 841, 887
- Personnalité (troubles de la), modèle alternatif du DSM-5, 984
 - critères généraux pour un trouble de la personnalité, 949, 985
 - critère A, niveau de fonctionnement de la personnalité, 986
 - critère B, traits pathologiques de personnalité, 987
 - critères C et D, caractère envahissant et stabilité, 987
 - critères E, F et G, explications alternatives en matière de pathologie de la personnalité, 987
- niveau de fonctionnement de la personnalité, 949, 986
 - définition dimensionnelle du fonctionnement du *soi* et du *fonctionnement interpersonnel*, 997
 - définition et description, 1005
 - définitions des domaines et des facettes de traits, 1002
 - dimensionnalité, 1005
 - distinction entre traits, symptômes et comportements spécifiques, 1006
 - échelle (ENPF), 998, 1004
 - évaluation du modèle des traits, 1006
 - modèle des traits de personnalité, 1005
 - structure hiérarchique de la personnalité, 1005
 - traits de personnalité, 1005
 - utilité clinique du modèle des traits et du fonctionnement multidimensionnel de la personnalité, 1007
- troubles spécifiques de la personnalité
 - algorithmes de notation, 949, 996
 - diagnostic, 949, 996
 - personnalité antisociale, 988
 - personnalité borderline, 988, 991
 - personnalité évitante, 988, 990
 - personnalité narcissique, 988, 992
 - personnalité obsessionnelle-compulsive, 988, 993
 - personnalité schizotypique, 988, 994
 - trouble de la personnalité spécifié par des traits, 985, 995
- Phencyclidine (intoxication par la), 686
 - caractéristiques diagnostiques, 686
 - critères diagnostiques, 686
 - diagnostic différentiel, 687
 - marqueurs diagnostiques, 687
 - prévalence, 687
 - retentissement fonctionnel, 687
- Phencyclidine (trouble de l'usage de la), 677
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 679
 - caractéristiques diagnostiques, 679
 - critères diagnostiques, 677
 - diagnostic différentiel, 680
 - facteurs de risque et pronostiques, 679
 - marqueurs diagnostiques, 680
 - prévalence, 679
 - questions diagnostiques liées à la culture, 680
 - questions diagnostiques liées au genre, 680
 - retentissement fonctionnel, 680
 - spécifications, 679
- Phencyclidine (troubles liés à la), 631
 - autres troubles induits par la phencyclidine, 691

- diagnostics associés aux, 633
- intoxication, 686
- trouble de l'usage de la phencyclidine, 677
- trouble lié à la phencyclidine non spécifié, 692
- Phobie sociale. *Voir* Anxiété sociale (phobie sociale)
- Phobie spécifique, 238, 247
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 249
 - caractéristiques diagnostiques, 248
 - comorbidité, 253
 - critères diagnostiques, 247
 - développement et évolution, 250
 - diagnostic différentiel, 252
 - facteurs de risque et pronostiques, 251
 - prévalence, 249
 - questions diagnostiques liées à la culture, 251
 - retentissement fonctionnel, 251
 - risque suicidaire, 251
 - spécifications, 248
- Phobiques (troubles)
 - agoraphobie, 238, 272
 - anxiété sociale (phobie sociale), 238, 253
 - phobie spécifique, 238, 247
- Phonation (trouble de la), 33, 48
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 49
 - caractéristiques diagnostiques, 49
 - critères diagnostiques, 48
 - développement et évolution, 49
 - diagnostic différentiel, 50
- Pica, 429
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 430
 - caractéristiques diagnostiques, 430
 - comorbidité, 432
 - critères diagnostiques, 429
 - développement et évolution, 431
 - diagnostic différentiel, 431
 - facteurs de risque et pronostiques, 431
 - marqueurs diagnostiques, 431
 - prévalence, 430
 - questions diagnostiques liées à la culture, 431
 - questions diagnostiques liées au genre, 431
 - retentissement fonctionnel, 431
- Prions (trouble neurocognitif dû à une maladie à), majeur ou léger, 775, 789, 825
 - caractéristiques diagnostiques, 825
 - critères diagnostiques, 825
 - développement et évolution, 826
 - diagnostic différentiel, 827
 - facteurs de risque et pronostiques, 826
 - marqueurs diagnostiques, 827
- Professionnels (problèmes), 942
- Pseudocypse, 404, 424
- Psychiatrie culturelle, 16
- Psychose atténuée (syndrome de), 149
- Psychosociales, personnelles
 - et environnementales (problèmes liés à d'autres circonstances), 945
- Psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale, 111, 142
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 143
 - caractéristiques diagnostiques, 142
 - comorbidité, 145
 - critères diagnostiques, 142
 - développement et évolution, 144
 - diagnostic différentiel, 145
 - facteurs de risque et pronostiques, 144
 - marqueurs diagnostiques, 144
 - prévalence, 143
 - retentissement fonctionnel, 145
 - risque suicidaire, 144
 - spécifications, 142
- Psychotique atténué (syndrome)
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 1013
 - caractéristiques proposés, 1011
 - comorbidité, 1015
 - critères proposés, 1011
 - développement et évolution, 1013
 - diagnostic différentiel, 1014
 - facteurs de risque et pronostiques, 1013
 - prévalence, 1013
 - retentissement fonctionnel, 1014
- Psychotique bref (trouble), 117
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 118
 - caractéristiques diagnostiques, 118
 - critères diagnostiques, 117
 - développement et évolution, 118
 - diagnostic différentiel, 119
 - durée, 111, 117, 122
 - facteurs de risque et pronostiques, 118
 - prévalence, 118
 - questions diagnostiques liées à la culture, 118
 - retentissement fonctionnel, 119
- Psychotiques (troubles). *Voir* Schizophrénie (spectre de la) et autres troubles psychotiques
- Purgatif (trouble), 458
- Pyromanie, 605, 623
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 623
 - caractéristiques diagnostiques, 623
 - comorbidité, 625
 - critères diagnostiques, 623
 - développement et évolution, 624

- diagnostic différentiel, 624
- prévalence, 624
- questions diagnostiques liées au genre, 624
- Questions culturelles, 15
 - alimentation et ingestion d'aliments (troubles de l')
 - accès hyperphagiques (*binge-eating disorder*), 456
 - anorexie mentale, 445
 - boulimie, 452
 - pica, 431
 - restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments, 437
 - anxieux (troubles)
 - anxiété de séparation, 242
 - anxiété généralisée, 280
 - anxiété sociale (phobie sociale), 257
 - mutisme sélectif, 246
 - panique (attaques de), 270
 - panique (trouble), 264
 - phobie spécifique, 251
 - bipolaires (troubles) et apparentés
 - trouble bipolaire de type I, 165
 - trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, 184
 - conduite suicidaire (trouble), 1034
 - dépressifs (troubles)
 - dépressif caractérisé (trouble), 207
 - dysphorique prémenstruel (trouble), 215
 - disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites (troubles)
 - conduites (trouble des), 620
 - explosif intermittent (trouble), 613
 - oppositionnel avec provocation (trouble), 609
 - dissociatifs (troubles)
 - amnésie dissociative, 390
 - dépersonnalisation/déréalisation, 395
 - dissociatif de l'identité (trouble), 384
 - dysphorie de genre, 601
 - énurésie, 465
 - fétichisme (trouble), 911
 - neurocognitifs (troubles), 795
 - dû à la maladie d'Alzheimer), 800
 - neurodéveloppementaux (troubles)
 - apprentissage (trouble spécifique des), 84
 - attention (déficit de l')/hyperactivité (TDAH), 71
 - autisme (trouble du spectre de l'), 64
 - coordination (trouble développemental de la), 88
 - handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel), 42
 - mouvements stéréotypés, 93
 - tics, 98
 - obsessionnels-compulsifs (troubles) et apparentés
 - obsession d'une dysmorphie corporelle, 311
 - obsessionnel-compulsif (trouble), 305
 - thésaurisation pathologique (sylllogomanie), 318
 - trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), 322
 - personnalité (troubles de la), 844
 - personnalité antisociale, 860
 - personnalité borderline, 865
 - personnalité dépendante, 879
 - personnalité évitante, 875
 - personnalité histrionique, 868
 - personnalité obsessionnelle-compulsive, 883
 - personnalité paranoïaque, 848
 - personnalité schizoïde, 852
 - personnalité schizotypique, 855
 - schizophrénie (spectre de la) et autres troubles psychotiques
 - déliquant (trouble), 116
 - psychotique bref (trouble), 118
 - schizoaffectif (trouble), 134
 - schizophrénie, 128
 - sexuelles (dysfonctions), 553
 - diminution du désir sexuel chez l'homme, 578
 - douleurs génito-pelviennes (trouble lié à des) ou à la pénétration, 574
 - éjaculation prématurée (précoce), 581
 - éjaculation retardée, 556
 - érection (trouble de l'), 559
 - intérêt pour l'activité sexuelle (trouble de l') ou de l'excitation sexuelle chez la femme, 569
 - orgasme (trouble de l') chez la femme, 564
 - sexuelle (dysfonction) induite par une substance/un médicament, 586
 - substance (troubles liés à une) et troubles addictifs
 - alcool (intoxication par l'), 652
 - alcool (trouble de l'usage de l'), 647
 - autre hallucinogène (trouble de l'usage d'un), 685
 - caféine (sevrage de la), 663
 - cannabis (trouble de l'usage du), 670
 - jeu d'argent pathologique, 756
 - opiacés (trouble de l'usage des), 705
 - phencyclidine (trouble de l'usage de la), 680
 - sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), 717
 - stimulants (trouble de l'usage des), 730
 - substance autre (ou inconnue) (sevrage d'une), 750

- substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), 746
- substances inhalées (trouble de l'usage de), 696
- tabac (trouble de l'usage du), 739
- syndromatologie somatique (troubles à) et apparentés
 - conversion (trouble de) (trouble à syndromatologie neurologique fonctionnelle), 417
 - crainte excessive d'avoir une maladie, 412
 - syndromatologie somatique (trouble à), 408, 420
- traumatismes ou facteurs de stress (troubles liés à des)
 - adaptation (troubles de l'), 371
 - réactionnel de l'attachement (trouble), 345
 - stress aigu (trouble), 367
 - stress post-traumatique (trouble), 359
- veille-sommeil (troubles de l'alternance)
 - apnée/hypopnée obstructive du sommeil, 495
 - cauchemars, 525
 - narcolepsie, 489
 - rythme circadien (troubles de l'alternance veille-sommeil liés au), type avec avance de phase, 511
 - sommeil (trouble du) induit par une substance/un médicament, 541
- questions diagnostiques liées à la culture, 1021
- Réactionnel de l'attachement (trouble), 343
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 345
 - caractéristiques diagnostiques, 344
 - comorbidité, 347
 - critères diagnostiques, 343
 - développement et évolution, 345
 - diagnostic différentiel, 346
 - facteurs de risque et pronostiques, 345
 - prévalence, 345
 - questions diagnostiques liées à la culture, 345
 - retentissement fonctionnel, 346
- Relationnels (problèmes), 25
 - éducation familiale (problèmes liés à l'), 933
 - groupe de soutien primaire (problèmes liés au), 934
- Respiration (troubles du sommeil liés à la), 471
 - apnée centrale du sommeil, 498
 - apnée/hypopnée obstructive du sommeil, 492
 - hypoventilation liée au sommeil, 502
- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments, 429, 434
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 436
 - caractéristiques diagnostiques, 435
 - comorbidité, 440
 - critères diagnostiques, 434
 - développement et évolution, 436
 - diagnostic différentiel, 438
 - facteurs de risque et pronostiques, 437
 - marqueurs diagnostiques, 438
 - questions diagnostiques liées à la culture, 437
 - questions diagnostiques liées au genre, 437
 - retentissement fonctionnel, 438
- Retard global du développement, 33, 44
- Rett (syndrome de), 35, 42, 57, 59, 62, 65, 92, 94
- Risque suicidaire, 359, 1021
 - amnésie dissociative, 390
 - anorexie mentale, 446
 - anxiété de séparation, 242
 - bipolaire (trouble) de type I, 165
 - bipolaire (trouble) de type II, 173
 - boulimie, 452
 - dépressif (trouble) dû à une autre affection médicale, 225
 - dépressif (trouble) induit par une substance/un médicament, 221
 - dépressif caractérisé (trouble), 204, 207
 - deuil complexe persistant, 1021
 - disruptif (trouble) avec dysrégulation émotionnelle, 197
 - dissociatif de l'identité (trouble), 384
 - épisodes dépressifs avec hypomanie brève, 1017
 - exposition prénatale à l'alcool (trouble neurocomportemental associé à l'), 1031
 - hallucinogène (intoxication par un autre), 689
 - obsession d'une dysmorphie corporelle, 312
 - obsessionnel-compulsif (trouble), 305
 - opiacés (trouble de l'usage des), 706
 - panique (attaques de), 269
 - panique (trouble), 265
 - phobie spécifique, 251
 - psychotique (trouble) dû à une autre affection médicale, 144
 - schizoaffectif (trouble), 134
 - schizophrénie, 128
 - stress post-traumatique (trouble) (TSPT), 359
- Rythme circadien (troubles de l'alternance veille-sommeil liés au), 471, 506
 - critères diagnostiques, 506
 - facteurs de risque et pronostiques, 508
 - type alternance veille-sommeil différente de 24 heures
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 513
 - caractéristiques diagnostiques, 513
 - comorbidité, 515
 - développement et évolution, 514

- diagnostic différentiel, 514
- facteurs de risque et pronostiques, 514
- marqueurs diagnostiques, 514
- prévalence, 513
- retentissement fonctionnel, 514
- type avec avance de phase, 510
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 510
 - caractéristiques diagnostiques, 510
 - comorbidité, 511
 - développement et évolution, 510
 - diagnostic différentiel, 511
 - facteurs de risque et pronostiques, 510
 - marqueurs diagnostiques, 511
 - prévalence, 510
 - questions diagnostiques liées à la culture, 511
 - retentissement fonctionnel, 511
 - spécifications, 509
- type avec retard de phase, 507
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 507
 - caractéristiques diagnostiques, 507
 - comorbidité, 509
 - développement et évolution, 508
 - diagnostic différentiel, 509
 - marqueurs diagnostiques, 508
 - prévalence, 508
 - retentissement fonctionnel, 509
- type rythme veille-sommeil irrégulier, 511
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 512
 - caractéristiques diagnostiques, 511
 - comorbidité, 513
 - développement et évolution, 512
 - diagnostic différentiel, 513
 - facteurs de risque et pronostiques, 512
 - marqueurs diagnostiques, 512
 - prévalence, 512
 - retentissement fonctionnel, 512
- type travail posté, 515
 - caractéristiques diagnostiques, 515
 - comorbidité, 516
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 516
 - développement et évolution, 515
 - diagnostic différentiel, 516
 - facteurs de risque et pronostiques, 515
 - marqueurs diagnostiques, 516
 - prévalence, 515
 - retentissement fonctionnel, 516
- Sadisme sexuel (trouble), 891, 904
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 905
 - caractéristiques diagnostiques, 904
 - comorbidité, 906
 - critères diagnostiques, 904
 - développement et évolution, 906
 - diagnostic différentiel, 906
 - prévalence, 905
- Schizoaffectif (trouble), 111, 130
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 132
 - caractéristiques diagnostiques, 132
 - comorbidité, 136
 - critères diagnostiques, 130
 - développement et évolution, 133
 - diagnostic différentiel, 134
 - facteurs de risque et pronostiques, 134
 - prévalence, 133
 - questions diagnostiques liées à la culture, 134
 - retentissement fonctionnel, 134
 - risque suicidaire, 134
- Schizoïde (personnalité), 841, 842, 850
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 851
 - caractéristiques diagnostiques, 850
 - critères diagnostiques, 850
 - développement et évolution, 851
 - diagnostic différentiel, 852
 - facteurs de risque et pronostiques, 852
 - prévalence, 851
 - questions diagnostiques liées à la culture, 852
 - questions diagnostiques liées au genre, 852
- Schizophrénie, 109, 122
 - avec catatonie, 110, 124
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 125
 - caractéristiques diagnostiques, 124
 - comorbidité, 130
 - critères diagnostiques, 122
 - développement et évolution, 126
 - diagnostic différentiel, 129
 - facteurs de risque et pronostiques, 127
 - prévalence, 126
 - questions diagnostiques liées à la culture, 128
 - questions diagnostiques liées au genre, 128
 - retentissement fonctionnel, 129
 - risque suicidaire, 128
- Schizophrénie (spectre de la) et autres troubles psychotiques, 109
 - autre trouble spécifié, 149
 - catatonie, 110, 111, 146
 - éléments clés, 109
 - comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé (incluant la catatonie), 110
 - hallucinations, 109
 - idées délirantes, 109
 - pensée désorganisée (discours), 110
 - symptômes négatifs, 110

- évaluation par le clinicien des symptômes et des phénomènes cliniques, 112
- personnalité schizotypique, 109, 111, 112
- principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1046
- schizophrénie, 109, 122
- trouble délirant, 111, 113
- trouble non spécifié, 150
- trouble psychotique bref, 111, 117
- trouble psychotique dû à une autre affection médicale, 111, 142
- trouble psychotique induit par une substance/un médicament, 111, 136
- trouble schizoaffectif, 111, 130
- trouble schizophréniforme, 111, 120
- Schizophréniforme (trouble), 111, 120
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 121
 - caractéristiques diagnostiques, 121
 - critères diagnostiques, 120
 - développement et évolution, 121
 - diagnostic différentiel, 122
 - diagnostic provisoire, 121
 - facteurs de risque et pronostiques, 122
 - prévalence, 121
 - retentissement fonctionnel, 122
- Schizotypique (personnalité), 109, 111, 112, 841, 842
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 855
 - caractéristiques diagnostiques, 854
 - caractéristiques et critères dans le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, 988, 994
 - critères diagnostiques, 853
 - développement et évolution, 855
 - diagnostic différentiel, 856
 - facteurs de risque et pronostiques, 855
 - prévalence, 855
 - questions diagnostiques liées à la culture, 855
 - questions diagnostiques liées au genre, 856
- Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (intoxication par un), 719
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 720
 - caractéristiques diagnostiques, 720
 - critères diagnostiques, 719
 - diagnostic différentiel, 720
 - prévalence, 720
- Sédatif, hypnotique ou anxiolytique (sevrage d'un), 634, 721
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 722
 - caractéristiques diagnostiques, 722
 - critères diagnostiques, 721
 - diagnostic différentiel, 723
 - marqueurs diagnostiques, 723
 - prévalence, 723
- Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (trouble de l'usage des), 712
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 715
 - caractéristiques diagnostiques, 714
 - comorbidité, 719
 - critères diagnostiques, 712
 - développement et évolution, 716
 - diagnostic différentiel, 718
 - facteurs de risque et pronostiques, 717
 - marqueurs diagnostiques, 717
 - prévalence, 715
 - questions diagnostiques liées à la culture, 717
 - questions diagnostiques liées au genre, 717
 - retentissement fonctionnel, 718
 - spécifications, 714
- Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (troubles liés aux), 712
 - autres troubles induits par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, 724
 - diagnostics associés aux, 633
 - intoxication, 719
 - sevrage, 634, 721
 - trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, 712
 - trouble non spécifié, 724
- Sévéces et négligence, 935
 - maltraitance et négligence d'un enfant (problèmes de), 936
 - mauvais traitements et négligence envers un adulte (problèmes de), 939
- Sévéces physiques
 - sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, 939
 - sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, 941
 - sur un enfant, 936
- Sévéces psychologiques
 - d'un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, 941
 - d'un enfant, 938
 - envers l'époux(se) ou le (la) partenaire, 940
- Sévéces sexuels
 - sur l'époux(se) ou le (la) partenaire, 939
 - sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire, 941
 - sur un enfant, 936
- Sevrage d'une substance, 631, 636
 - d'un opiacé, 634, 709
 - d'un stimulant, 634, 734
 - d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique, 634, 721
 - d'une substance autre (ou inconnue), 749
 - de l'alcool, 634, 653
 - de la caféine, 661
 - développement et évolution, 638
 - du cannabis, 635, 675
 - durée des effets, 637

- du cannabis, 635, 675
- du tabac, 635, 740
- examens complémentaires associés, 638
- procédures d'enregistrement, 638
- usage de plusieurs substances, 638
- voie d'administration et rapidité d'action, 637
- Sexuelle (dysfonction) induite par une substance/un médicament, 553, 582
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 585
 - caractéristiques diagnostiques, 585
 - critères diagnostiques, 582
 - développement et évolution, 586
 - diagnostic différentiel, 587
 - prévalence, 585
 - procédures d'enregistrement, 583
 - questions diagnostiques liées à la culture, 586
 - questions diagnostiques liées au genre, 586
 - retentissement fonctionnel, 587
- Sexuelles (dysfonctions), 599
 - autre spécifiée, 553, 587
 - diminution du désir sexuel chez l'homme, 553, 575
 - éjaculation prématurée (précoce), 553, 579
 - éjaculation retardée, 553, 554
 - non spécifiée, 553, 587
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1052
 - sous-types, 553
 - trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme, 553, 565
 - trouble de l'orgasme chez la femme, 553, 561
 - trouble de l'érection, 553, 557
 - trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration, 553, 570
 - induite par une substance/un médicament, 553, 582
- Shenjing shuairuo*, 1081
- Shūbō Kyōfu*, 335
- SJSR. Voir Syndrome des jambes sans repos
- Sommeil (trouble du) induit par une substance/un médicament, 535
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 538
 - caractéristiques diagnostiques, 538
 - comorbidité, 543
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 543
 - critères diagnostiques, 535
 - développement et évolution, 540
 - diagnostic différentiel, 542
 - facteurs de risque et pronostiques, 541
 - marqueurs diagnostiques, 541
 - procédures d'enregistrement, 537
 - questions diagnostiques liées à la culture, 541
 - questions diagnostiques liées au genre, 541
 - retentissement fonctionnel, 541
- Sommeil non paradoxal (troubles de l'éveil en), 471, 518
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 518
 - caractéristiques diagnostiques, 517
 - comorbidité, 522
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 522
 - développement et évolution, 519
 - diagnostic différentiel, 521
 - facteurs de risque et pronostiques, 519
 - marqueurs diagnostiques, 520
 - prévalence, 519
 - questions diagnostiques liées au genre, 520
 - retentissement fonctionnel, 520
- Sommeil paradoxal (troubles du comportement en), 471, 528
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 528
 - caractéristiques diagnostiques, 528
 - comorbidité, 530
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 531
 - critères diagnostiques, 527
 - développement et évolution, 528
 - diagnostic différentiel, 530
 - facteurs de risque et pronostiques, 529
 - marqueurs diagnostiques, 529
 - prévalence, 528
 - retentissement fonctionnel, 529
- Somnambulisme, 518. Voir aussi Éveil (troubles de l') en sommeil paradoxal
- Spécifications, 24
 - troubles bipolaires et apparentés, 186
 - troubles dépressifs (troubles), 227
- Spectre diagnostique, 9
- Stimulant (intoxication par un), 732
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 733
 - caractéristiques diagnostiques, 733
 - critères diagnostiques, 732
 - diagnostic différentiel, 733
- Stimulant (sevrage d'un), 634
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 735
 - caractéristiques diagnostiques, 734
 - critères diagnostiques, 734
 - diagnostic différentiel, 735
- Stimulants (trouble de l'usage des), 725
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 727
 - caractéristiques diagnostiques, 726
 - comorbidité, 731
 - critères diagnostiques, 725

- développement et évolution, 729
- diagnostic différentiel, 731
- facteurs de risques et pronostiques, 729
- marqueurs diagnostiques, 730
- prévalence, 728
- questions diagnostiques liées à la culture, 730
- retentissement fonctionnel, 730
- spécifications, 726
- Stimulants (troubles liés aux), 724
 - autres troubles induits par des stimulants, 735
 - diagnostics associés aux, **633**
 - intoxication, 732
 - sevrage, 634, 734
 - trouble de l'usage des stimulants, 725
 - trouble non spécifié, 735
- Stress aigu (trouble), 343, 361
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 365
 - caractéristiques diagnostiques, 363
 - critères diagnostiques, 361
 - développement et évolution, 366
 - diagnostic différentiel, 368
 - facteurs de risque et pronostiques, 367
 - prévalence, 366
 - questions diagnostiques liées à la culture, 367
 - questions diagnostiques liées au genre, 367
 - retentissement fonctionnel, 368
- Stress post-traumatique (trouble) (TSPT), 343, 350
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 356
 - caractéristiques diagnostiques, 354
 - comorbidité, 361
 - critères diagnostiques, 350
 - développement et évolution, 357
 - diagnostic différentiel, 360
 - facteurs de risque et pronostiques, 358
 - prévalence, 356
 - questions diagnostiques liées à la culture, 359
 - questions diagnostiques liées au genre, 359
 - retentissement fonctionnel, 359
 - risque suicidaire, 359
- Stupeur ou coma dissociatif, 380
- Substance (troubles de l'usage d'une), 632
 - caractéristiques, 632
 - procédures d'enregistrement, 635
 - sévérité et spécifications, 635
 - tolérance et sevrage, 636
 - trouble de l'usage de l'alcool, 643
 - trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), 683
 - trouble de l'usage de la phencyclidine, 617
 - trouble de l'usage des opiacés, 701
 - trouble de l'usage des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, 712
 - trouble de l'usage des stimulants, 725
 - trouble de l'usage des substances inhalées, 693
 - trouble de l'usage du cannabis, 664
 - trouble de l'usage d'un autre hallucinogène, 681
 - trouble de l'usage du tabac, 736
- Substance (troubles induits par une), 631.
 - Voir aussi* les noms des substances spécifiques
 - caractéristiques, 640
 - développement et évolution, 641
 - intoxication et sevrage, 631
 - développement et évolution, 638
 - durée des effets, 637
 - examens complémentaires associés, 638
 - procédures d'enregistrement, 638
 - usage de plusieurs substances, 638
 - voie d'administration et rapidité d'action, 637
 - intoxication et sevrage, 631, 636. *Voir aussi* Intoxication; Sevrage
 - procédures d'enregistrement, 642
 - retentissement fonctionnel, 642
 - troubles induits par une substance autre (ou inconnue), 747
 - troubles liés à des substances inhalées, 698
 - troubles liés à la caféine, 658
 - troubles liés à l'alcool, 650
 - troubles liés au cannabis, 673
 - troubles liés au tabac, 740
 - troubles liés aux hallucinogènes, 686
 - troubles liés aux opiacés, 708
 - troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, 719
 - troubles mentaux induits par une substance/ un médicament, 631, 639. *Voir aussi* les noms des substances spécifiques
- Substance (troubles liés à une) et troubles addictifs. *Voir aussi* les noms des substances spécifiques
 - caféine (trouble de l'usage de la), 1022
 - jeu d'argent pathologique, 631, 752
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1054
 - troubles liés à une substance
 - classes de drogues, 631
 - diagnostics associés aux classes de substances, **633**
 - troubles de l'usage d'une substance, 631, 632
 - troubles induits par une substance, 631, 636
 - troubles liés à l'alcool, 642
 - troubles liés à la caféine, 658
 - troubles liés à une substance autre (ou inconnue), 743
 - troubles liés au cannabis, 664
 - troubles liés au tabac, 736
 - troubles liés aux hallucinogènes, 677
 - troubles liés aux opiacés, 701

- troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, 712
- troubles liés aux stimulants, 724
- troubles liés aux substances inhalées, 692
- Substance autre (ou inconnue) (intoxication par une), 747
 - caractéristiques diagnostiques, 748
 - comorbidité, 749
 - critères diagnostiques, 747
 - développement et évolution, 748
 - diagnostic différentiel, 749
 - prévalence, 748
 - retentissement fonctionnel, 749
- Substance autre (ou inconnue) (sevrage d'une), 750
 - caractéristiques diagnostiques, 750
 - comorbidité, 751
 - critères diagnostiques, 749
 - développement et évolution, 750
 - diagnostic différentiel, 751
 - prévalence, 750
 - questions diagnostiques liées à la culture, 750
 - retentissement fonctionnel, 751
- Substance autre (ou inconnue) (trouble de l'usage d'une), 743
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 745
 - caractéristiques diagnostiques, 745
 - comorbidité, 747
 - critères diagnostiques, 743
 - développement et évolution, 746
 - diagnostic différentiel, 747
 - facteurs de risque et pronostiques, 746
 - marqueurs diagnostiques, 746
 - prévalence, 746
 - questions diagnostiques liées à la culture, 746
 - spécifications, 745
- Substance autre (ou inconnue) (troubles liés à une), 743
 - autres troubles induits par une substance autre (ou inconnue), 751
 - intoxication, 747
 - sevrage, 753
 - trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue), 743
 - trouble non spécifié, 752
- Substance/médicament (trouble neurocognitif dû à l'utilisation de), 775, 789, 816
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 820
 - caractéristiques diagnostiques, 819
 - comorbidité, 822
 - critères diagnostiques, 816
 - développement et évolution, 820
 - diagnostic différentiel, 821
 - facteurs de risque et pronostiques, 821
 - marqueurs diagnostiques, 821
 - prévalence, 820
 - procédures d'enregistrement, 818
 - retentissement fonctionnel, 821
- Substance/médicament (trouble psychotique induit par une/un), 111, 136
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 139
 - caractéristiques diagnostiques, 138
 - critères diagnostiques, 136
 - développement et évolution, 140
 - diagnostic différentiel, 141
 - marqueurs diagnostiques, 140
 - prévalence, 140
 - procédures d'enregistrement, 137
 - retentissement fonctionnel, 141
- Substances inhalées (intoxication par des), 698
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 699
 - caractéristiques diagnostiques, 699
 - critères diagnostiques, 698
 - diagnostic différentiel, 700
 - prévalence, 699
 - questions diagnostiques liées au genre, 699
 - retentissement fonctionnel, 700
- Substances inhalées (trouble de l'usage des), 693
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 695
 - caractéristiques diagnostiques, 694
 - comorbidité, 698
 - critères diagnostiques, 693
 - développement et évolution, 695
 - diagnostic différentiel, 697
 - facteurs de risque et pronostiques, 696
 - marqueurs diagnostiques, 696
 - prévalence, 695
 - questions diagnostiques liées à la culture, 696
 - questions diagnostiques liées au genre, 696
 - retentissement fonctionnel, 697
 - spécifications, 694
- Substances inhalées (troubles liés à des), 692
 - autres troubles induits par les substances inhalées, 701
 - diagnostics associés aux, 633
 - intoxication, 698
 - trouble de l'usage des substances inhalées, 693
 - trouble lié à des substances inhalées non spécifié, 701
- Susto*, 1081
- Syllogomanie. *Voir* Thésaurisation pathologique (syllogomanie)
- Symptomatologie neurologique fonctionnelle (trouble à). *Voir* Conversion Start (trouble de)

- Symptomatologie somatique (trouble à), 403, 404
 bref, 424
 caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 406
 caractéristiques diagnostiques, 406
 comorbidité, 410
 critères diagnostiques, 405
 développement et évolution, 407
 diagnostic différentiel, 409
 facteurs de risque et pronostiques, 407
 prévalence, 407
 questions diagnostiques liées à la culture, 408
 retentissement fonctionnel, 409
- Symptomatologie somatique (troubles à) et apparentés, 403
 autre trouble spécifié, 405, 424
 crainte excessive d'avoir une maladie, 403, 405, 424
 facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales, 403, 405, 418
 principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1050
 trouble à symptomatologie somatique, 403-405
 trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), 403, 404, 414
 trouble factice, 403, 405, 421
 trouble non spécifié, 403, 405, 425
- Syndrome
 d'arrêt des antidépresseurs, 25
 de référence olfactive, 314, 335
 culturel, 16
 malin des neuroleptiques, 25
- Tabac (sevrage du), 635, 740
 caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 741
 caractéristiques diagnostiques, 741
 critères diagnostiques, 740
 développement et évolution, 742
 diagnostic différentiel, 742
 facteurs de risque et pronostiques, 742
 marqueurs diagnostiques, 742
 prévalence, 742
 retentissement fonctionnel, 742
- Tabac (trouble de l'usage du), 736
 caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 738
 caractéristiques diagnostiques, 737
 comorbidité, 740
 critères diagnostiques, 736
 développement et évolution, 739
 facteurs de risque et pronostiques, 739
 marqueurs diagnostiques, 740
 prévalence, 738
 questions diagnostiques liées à la culture, 739
 retentissement fonctionnel, 740
 spécifications, 737
- Tabac (troubles liés au), 631, 736
 autres troubles induits par le tabac, 743
 diagnostics associés aux, 633
 sevrage, 740
 trouble de l'usage du tabac, 736
 trouble non spécifié, 743
- Tabagisme. *Voir* Tabac (troubles liés au)
- Taijin Kyōfu Shō*, 257, 1082
- TDAH. *Voir* Attention (déficit de l')/hyperactivité (TDAH)
- Termes techniques (glossaire des), 1057
- Terreurs nocturnes. *Voir aussi* Éveil (troubles de l') en sommeil paradoxal
- Thésaurisation pathologique (syllomanie), 299, 300
 caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 316
 caractéristiques diagnostiques, 315
 comorbidité, 319
 critères diagnostiques, 314
 développement et évolution, 317
 diagnostic différentiel, 318
 facteurs de risque et pronostiques, 317
 prévalence, 317
 questions diagnostiques liées à la culture, 318
 questions diagnostiques liées au genre, 318
 retentissement fonctionnel, 318
 spécifications, 315
- Tics, 35
 autres spécifiés, 99
 caractéristiques diagnostiques, 95
 comorbidité, 99
 critères diagnostiques, 94
 développement et évolution, 97
 diagnostic différentiel, 98
 facteurs de risque et pronostiques, 97
 non spécifiés, 100
 prévalence, 97
 questions diagnostiques liées à la culture, 98
 questions diagnostiques liées au genre, 98
 retentissement fonctionnel, 98
 spécifications, 95
- TNC. *Voir* Neurocognitifs (troubles) (TNC)
- TOC. *Voir* Obsessionnel-compulsif (trouble) (TOC)
- Tolérance aux effets de substances, 634
- Transe dissociative, 380
- Transvestisme (trouble), 891
 caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 913
 caractéristiques diagnostiques, 913

- comorbidité, 915
- critères diagnostiques, 912
- développement et évolution, 914
- diagnostic différentiel, 915
- prévalence, 914
- retentissement fonctionnel, 915
- spécifications, 913
- Traumatisme crânien, 144
 - amnésie dissociative, 388, 389, 391
- Traumatismes ou facteurs de stress (troubles liés à des)
 - autre trouble spécifié, 372
 - désinhibition du contact social, 343, 347
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1049
 - trouble non spécifié, 373
 - trouble réactionnel de l'attachement, 343
 - troubles de l'adaptation, 343, 369
 - trouble stress aigu, 343, 361
 - trouble stress post-traumatique, 343, 350
- Tremblement d'attitude induit par un médicament, 927
- Trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), 299, 300
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 321
 - caractéristiques diagnostiques, 320
 - comorbidité, 323
 - critères diagnostiques, 320
 - développement et évolution, 322
 - diagnostic différentiel, 323
 - facteurs de risque et pronostiques, 322
 - marqueurs diagnostiques, 322
 - prévalence, 321
 - questions diagnostiques liées à la culture, 322
 - retentissement fonctionnel, 322
- Trisomie, 21, 42, 43, 49, 59
- Triturage pathologique de la peau. *Voir* Dermatillomanie (triturage pathologique de la peau)
- Trouble mental non spécifié, 17, 22
 - dû à une autre affection médicale, 922
- Trúng gió*, 264, 265
- TSPT. *Voir* Stress post-traumatique (trouble)
- Vasculaire (trouble neurocognitif), majeur ou léger, 775, 789
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 811
 - caractéristiques diagnostiques, 810
 - comorbidité, 812
 - critères diagnostiques, 809
 - développement et évolution, 811
 - diagnostic différentiel, 812
 - facteurs de risque et pronostiques, 811
 - marqueurs diagnostiques, 812
 - prévalence, 811
 - retentissement fonctionnel, 812
- Veille-sommeil (troubles de l'alternance), 471
 - autre trouble de l'alternance veille-sommeil spécifié, 544
 - correspondance avec la Classification internationale des troubles du sommeil, 472. *Voir aussi les troubles spécifiques de l'alternance veille-sommeil*
 - hypersomnolence, 471, 480
 - (autre) spécifiée, 544
 - non spécifiée, 544
 - insomnie, 471, 472
 - (autre) spécifiée, 543
 - non spécifiée, 543
 - jambes sans repos (syndrome des), 471
 - narcolepsie, 471, 485
 - parasomnies, 516
 - cauchemars, 471, 523
 - jambes sans repos (syndrome des), 531
 - troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal, 471, 517
 - troubles du comportement en sommeil paradoxal, 471, 527
 - principaux changements entre le DSM-IV et le DSM-5, 1051
 - trouble de l'alternance veille-sommeil lié au rythme circadien, 471
 - type alternance veille-sommeil différente de 24 heures, 513
 - type avec avance de phase, 509
 - type avec retard de phase, 507
 - type rythme veille-sommeil irrégulier, 511
 - type travail posté, 515
 - trouble du sommeil induit par une substance/un médicament, 535
 - troubles du sommeil liés à la respiration, 471
 - apnée centrale du sommeil, 498
 - apnée/hypopnée obstructive du sommeil, 492
 - hypoventilation liée au sommeil, 502
- VIH (trouble neurocognitif dû à une infections par le), majeur ou léger, 775, 789, 822
 - caractéristiques associées en faveur du diagnostic, 823
 - caractéristiques diagnostiques, 822
 - comorbidité, 825
 - critères diagnostiques, 822
 - développement et évolution, 823
 - diagnostic différentiel, 824
 - facteurs de risque et pronostiques, 824

- marqueurs diagnostiques, 824
- prévalence, 823
- retentissement fonctionnel, 824
- Violence envers l'époux(se) ou le (la) partenaire
 - sérvices physiques, 939
 - sérvices sexuels, 939
- Voyeurisme (trouble), 891, 893
 - caractéristiques diagnostiques, 893
 - comorbidité, 895
 - critères diagnostiques, 893
 - développement et évolution, 895
 - diagnostic différentiel, 895
 - facteurs de risque et pronostiques, 895
 - prévalence, 894
 - questions diagnostiques liées au genre, 895
 - spécifications, 893
- WHODAS 2.0. *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*, 19, 23, 949, 952, 965
 - cotations supplémentaires et guide d'interprétation pour les utilisateurs du DSM-5, 966
 - fréquence d'utilisation, 966
 - instructions de cotation fournies par l'OMS, 965